قائمة تشخيص
اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة
لطفل الروضة
(ADHD)
كراسة التعليمات

إعداد

أ.د./ سهير كامل أحمد

أستاذ ورئيس قسم العلوم النفسية
والعميد الأسبق
كلية رياض الأطفال جامعة القاهرة

أ.د./ بطرس حافظ بطرس

أستاذ الصحة النفسية
كلية رياض الأطفال
جامعة القاهرة



مكتبة الأنجلو المصرية

المحتويات

الإطار النظري للاختبار

مقدمة:

هذا الاضطراب هو عبارة عن سلوك متواصل من زيادة فى الحركة أو نقص فى الانتباه ووجود سلوك اندفاعى. كل هذه السلوكيات توجد بشكل لا يتناسب مع عمر الطفل. يشكل هذا الاضطراب عبئاً ثقيلاً على الوالدين فى المنزل وعلى من يقدم الرعاية للطفل فى الروضة ويؤدى إلى الكثير من المشاكل فى تعليم الطفل وعلاقاته مع أقرانه وقد يؤخذ كل سلوك يبدر من الطفل على أنه سلوك غير مقبول ويتلقى العقاب علية مما يؤدى لشعوره بأنه مرفوض من أهلة ومن كل من يتعامل معه.

نسبة حدوث هذا المرض متفاوتة جداً (٢ إلى ٢٠ ٪) من مجتمع إلى آخر حسب مقاييس الشخصية المستخدمة والشخص الملاحظ لسلوك الطفل. ويقصد بذلك أن الوالدين غالباً ما يتجاوزون عن السلوك الذى يبديه الطفل إلى حد ما ولكن عند دخول المدرسة أو الروضة تبدأ المشاكل ثم ينتهى الأمر بتحويل الطفل إلى الطبيب النفسى. لذا من المعتاد أن لا تشخص حالات هذا الاضطراب إلا فى حدود سن السادسة. ويختلف الناس فى سلوكياتهم من شخص لأخر وهو شىء طبيعى وواضح ولكن اختلاف سلوكيات الأطفال فى المراحل الأولى من العمر يجعلنا نتوقف متأملين للتفريق بين الطبيعى وغير الطبيعى من تلك السلوكيات. فقد يكون من منظور الوالدين سلوكا طبيعيا ولكن الآخرين ينظرون إليه كسلوك غير معروف مألوف وغير مقبول من المجتمع، وسلوكيات الأطفال هى نتاج تعامل الآخرين مع من حولهم مقابل التدليل الزائد والحماية المفرطة من جهة أو قلة الحنان والإهمال من جهة أخرى ولكن قد تكون حالات مرضية تؤدى لتلك السلوكيات الخاطئه.

وقد يخرج الطفل عن حدود المعدل الطبيعى فى حركته وسلوكياته فنرى الطفل المخرب وكثير الحركة والطفل الفوضوى أو الطفل المعاند والطفل قليل الانتباه، وغيرها من الحالات بعضها طبيعى ومؤقت والبعض منها مرضى ودائم ومن تلك الحالات (اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة)، واضطراب السلوك القهرى. حيث يخرج الطفل عن حدود المعدل الطبيعى فى حركته مما يسبب له فشلا فى حياته الأكاديمية والاجتماعية بسبب قلة التركيز، والاندفاعية المفرطة، وغالبا ما يتصرف هؤلاء

الأطفال بتهور وبشكل عفوى، قهرى، وبالرغم من ذلك تجدهم قادرين على وصف نتائج السلبية لسلوكياتهم إلا إنهم لا يأخذون هذه النتائج بعين الاعتبار، وفى الغالب ما تكون ردود أفعالهم الأولى للمواقف الحياتية التى يمرون بها غير ملائمة.

لمحة تاريخية:

أول من تطرق إلى هذا الموضوع بورنفيل D/Bournevilleسنة ١٨٩٧ وعرفه على أنه حركية ذهنية ونفسية قصوى وقد يرجع ذلك إلى إصابة عضوية أو نفسية وكثيرا ما يصحب فرط النشاط بإضطرابات طبيعية عديدة ويتميز تناذر فرط النشاط بعدم القدرة على الحفاظ على وضع ثابت للجسم، وتثبيت الإنتباه، والإستمرار والمثابرة فى نفس النشاط، والحفاظ على إيقاع منتظم والإستجابة بكيفية متكيفة مناسبة للوضع.

ويمكن تتبع التطور الذى عرفه هذا المفهوم من خلال تطور تسميته من مرحلة إلى أخرى، فقد كانت الجمعية الإمريكية للطب العقلى مهتمة بهذا الإضطراب فقسمته فى دليلها الثالث لتصنيف الأمراض الصادر سنة١٩٨٠ (DSM III)إلى نوعين : الأول هو إضطراب نقص الإنتباه مصحوب بفرط النشاط، والثانى اضطراب نقص الانتباه غير مصحوب بفرط النشاط، وفى سنة ١٩٨٧ أصدرت الجمعية سالفة الذكر مراجعة لدليلها الثالث (DSM IIIR)فدمجت فرط النشاط مع إضطراب نقص الإنتباه، وفى سنة ١٩٩٤ أصدرت نفس الجمعية دليلها الرابع (DSM IV)حيث تم تقسيم النشاط المفرط والانتباه إلى أنواع ثلاثة حسب احتوائها على:

١- قلة الانتباه فقط.

٢- الحركة المفرطة مع رد الفعل المبالغ والفجائية.

٣- الاثنين معاً.

ويقدم كتيب DSM-IVمعايير التشخيص الإكلينيكى لكل نوع من هذه الأنواع الثلاثة. و يعتبر الدليل التشخيصى والإحصائى للاضطرا بات العقلية أن نقص الانتباه والاندفاعية عرضين رئيسيين، فالأطفال الذين يظهر عليهم هذين العرضين يتم

تشخيصهم على أنهم مصابون باضطراب نقص الانتباه (ADD)، أما الأطفال الذين يظهر عليهم هذين العرضين بإضافة إلى فرط الحركة يشخصون على أنهم مصابون باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة (ADHD)

وبناء على ذلك فقد قسم الدليل التشخيصى والإحصائى اضطراب نقص الانتباه المصحوب بفرط الحركة إلى ثلاث فئات:

١- اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة الذى تغلب علية نقص الانتباه.

٢- اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة الذى يغلب عليه فرط الحركة والاندفاعية.

٣- اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة، فئة شاملة بمعنى الأطفال المصابين بنقص الانتباه، وفرط الحركة والاندفاعية على نحو شديد.

على الرغم من القبول الواسع لما جاء فى الدليل التشخيصى والإحصائى لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بفرط الحركة يستمر الخلاف حول اعتبار هذا الاضطراب اضطرابا واحدا أو اضطرابا متعددا.

المقصود باضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة «ADHD»

يعرفه معدا المقياس اجرائيا بانه مرض مزمن قد تظهر اعراضه الرئيسية منذ مراحل الطفولة المبكرة ، وتستمر لمرحلة المراهقة والبلوغ، و تشمل فرط الحركة و نقص الانتباه والاندفاعية، كما تظهر بعض الاعراض الجانبية كالصعوبات الاكاديمية و القلق و الاكتئاب و العناد .و هذه الأعراض تؤدى إلى صعوبات فى التأقلم مع الحياة فى المنزل والشارع والروضة وفى المجتمع بصفة عامة اذا لم يتم التعرف عليها وتشخيصها وعلاجها.

و يشير (Pritchard,2005:266-279) الى المقصود بكل من فرط الحركة, ونقص الأنتباه ,والاندفاعية كما يلى :

المقصود بفرط الحركة – زيادة النشاط :

فرط الحركة وزيادة النشاط علامة مميزة، وهى زيادة ملحوظة جداً فى مستوى النشاط الحركى تخرج عن حدود المعدل الطبيعى، حيث نرى الطفل يتململ ، لا يستطيع البقاء فى مكانه أو مقعده ، نراه يجرى فى كل مكان، يتسلق كل شىء، كثير الحركة لا يهدأ ، يتكلم كثيراً ، كل ذلك بلا هدف محدد، يحدث ذلك فى المنزل – الشارع – الأسواق – أو الروضة، كما يجد صعوبة فى التأقلم واللعب مع الأطفال الآخرين.

المقصود بنقص الأنتباه:

هو من أكثر أعراض هذه الحالة انتشاراً، فبالإضافة لعدم القدرة على الانتباه – فدرجة التركيز والأنتباه لديهم قصيرة جداً، فان المصابين بالحالة غير قادرين على التركيز – التذكر – التنظيم، يظهرون كأنهم غير مهتمين لما يجرى من حولهم، يجدون صعوبة فى بدء وإكمال ما يقومون به من نشاط، وخصوصاً ما يظهر أنه ممل أو متكرر أو فيه تحدى وتفكير، كأنهم لا يسمعون عندما تتحدث معهم، ولا ينفذون الأوامر المطلوبة منهم، يفقدون أغراضهم، وينسون أين وضعوا حاجاتهم – كتبهم وأقلامهم.

المقصود بالاندفاعية :

هؤلاء الأطفال مندفعين بطبعهم، لا يفكرون فى الحدث ورد الفعل، يجاوبون على السؤال قبل الإنتهاء منه، لا ينتظرون دورهم فى الحديث أو اللعب، كثيراً ما يقاطعون الآخرين فى الكلام واللعب، وهو ما يؤدى إلى عدم قدرتهم على بناء علاقات مستمرة مع الآخرين.

و يشير (Hechtman,2005:3183-3198) الى بعض المصطلحات التى توضح مفهوم ADHDو ذلك على النحو التالى:

*** عدم الإستقرار Instabilité**

نشاط مفرط لدى الطفل، الذى يلمس كل ما يجده أمامه، كما ينتقل من نشاط

إلى آخر ويتحرك كثيرا ويشوش بإستمرار ودون إنقطاع.

وعدم الإستقرار هذا له أساس تكوينى لكن تساعد بعض الظروف الحياتية والنفسية الوجدانية على ظهوره مثل الإحساس بعدم الأمان و نقص النوم.

*** الشغب Turbulence**

يكون الطفل غير مستقر حيث درجة عدم الإستقرار ضعيفة فإذا طلب منه الإنتباه أو التحكم فى نفسه أو التوقف عن الحركة نجح فى ذلك.

*** فرط الحركة Hyperkinesie**

يكون الطفل فى أقصى درجات عدم الإستقرار فهو لا يستطيع ضبط نفسه ولاحركاته ولانشاطاته، وهو مرادف لمصطلح فرط النشاط.

*** فرط الإنفعال Hyperémotivit**

الإستعداد للإستجابة المبالغ فيها تجاه الأحداث . يعيش الطفل كل تغير بحساسية كبيرة فأى تنبيه مهما كانت شدته يولد عنده ردود أفعال وجدانية (فرح– غضب) وجسدية (إحمرار –الآم قولونية) غير ملائمة ومبالغ فيها.

*** التشنج Spasmophilie**

هو عبارة عن نوبات من التقلصات العضلية الراجعة لإصابة عضوية مثل نقص الكالسيوم أو نقص إفراز هورمونات الغدة جار درقية.

أسباب اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة:

لا يوجد سبب وحيد يؤدى إلى ظهور اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة. إلا أن هناك عدة عوامل قد تلعب دورا مهما فى الإصابة بهذا الاضطراب، منها ما هو نقص وراثى جينى، ومنها ما هو عصبى تكوينى أو تطورى. هذا وقد تم فحص بعض المتوارثات حول أسباب هذا الاضطراب منها على سبيل المثال المضاعفات التى تحدث للجين عند الولادة مثل كدمات الرأس، المواد الحافظة، الحساسية على بعض أنواع الأطعمة، السكريات، نقص الفيتامينات، الإشعاعات، التعرض لمادة الرصاص،

والتعرض المطول للضوء الفلورى. وتشير التقارير الحديثة إلى وجود نوع من العلاقة بين التدخين فى فترة الحمل وحدوث اضطراب (ADHD)لاحقاً، وبين تأخر نمو الجنين فى الرحم أو تسممه بمادة الديوكسين التى تستعمل فى رش المزروعات.
Dioxins and polychlorinated biphenyis (Lamberg,2003:1565-1567)

و يشير (Brue,2008:68-74) الى أن الأطفال المتواجدين فى مراكز التأهيل والأماكن المعزولة والضيقة يعانون من زيادة الحركة ونقص فى درجة الانتباه ويعزى ذلك للحرمان الطويل من العاطفة وتختفى الأعراض بمجرد ابعادهم عن هذه الأماكن، كما يعزى ايضا لبعض العوامل الاجتماعية والنفسية الأخرى كالضغوط النفسية والخلافات الأسرية والظروف التى تجبر الطفل على العيش فى جو روتينى وممل، و لا يعتبر الوضع المادى للأسرة عاملا من عوامل ظهور المرض.

كما أكد (Brue,2008:68-74)فى دراسته على وجود علاقة بين طول الفترة الزمنية التى يشاهد الطفل خلالها برامج التلفاز فى مرحلة رياض الأطفال أو ما قبل المدرسة، واحتمالية معاناته من مشاكل سلوكية ترتبط بضعف الانتباه وفرط الحركة.

وأجرى فريق ضم باحثين من جامعة ويندسير الكندية، وبمعاونة مختصين من جامعة مدينة نيويورك دراسة شملت مجموعة من الأطفال فى مرحلة الروضة، حيث تضمنت رصد تقييم الأهالى والمدرسين حول ما إذا كان الطفل يظهر سلوكيات ترتبط بفرط الحركة وضعف الانتباه أو السلوك المتهور، والتى تشكل الأركان الرئيسية فى تشخيص اضطراب ضعف الانتباه المصاحب لفرط الحركة عند الأطفال.

كما قام الباحثون – وبمساعدة الوالدين – بجمع المعلومات حول الساعات التى كان يشاهد الطفل خلالها برامج التلفاز فى مراحل عمرية مبكرة.

وتشير الدراسة التى نشرتها دورية علم النفس الطفولى فى عددها الصادر لشهر أيار (مايو) من عام ٢٠٠٧، إلى أن معاناة الطفل من تلك الفئة العمرية وزيادة تعرض الطفل لمشاهدة البرامج التلفزيونية فى عمر مبكر، الأمر الذى أشارت إلية دراسات سابقة.

وينوه القائمون على الدراسة بأهمية نتائجها باعتبارها تؤكد على العلاقة بين اضطراب ضعف الانتباه المصاحب لفرط الحركة أو ما يعرف باسم ADHD، وزيادة تعرض الطفل لمشاهدة البرامج التلفزيونية فى عمر مبكر، الأمر الذى أشارت إلية دراسات سابقة.

وبحسب رأيهم تزال طبيعة تلك العلاقة مجهولة، حيث لم توضح الدراسات بعد إن كانت مشاهدة الطفل لبرامج التلفاز فى مراحل عمرية مبكرة ولفترات طويلة تتسبب في حدوث هذا الاضطراب، أم أن الأطفال الذين يعانون من هذا المرض يبدون استعداداً لمشاهدة التلفاز لفترات طويلة فى سن مبكرة.

خصائص الطفل ذو اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة:

١- يجد الطفل صعوبة فى أن يظل جالساً.

٢- غالباً ما يظهر عليه التململ أو العصبية من خلال حركة يداه أو قدماه أو يتلوى فى مقعده.

٣- يجد صعوبة فى أن يلعب فى هدوء.

٤- يتحدث كثيراً وبصورة مفرطة.

٥- غالباً ما يتحول من نشاط إلى أخر قبل إكمال أى منها.

٦- لديه صعوبة فى أن يظل محتفظاً بانتباهه خلال أداء المهمات أو أثناء أنشطة اللعب.

٧- لديه صعوبة فى متابعة الدروس أو التعليمات.

٨- يسهل تشتيته بأية مثيرات خارجية.

٩- غالباً ما يقاطع أو يتطفل أو يقتحم الآخرين.

١٠- غالباً ما يجيب على الأسئلة باندفاع وبلا تفكير وحتى قبل إكتمالها.

١١- لدية صعوبة فى انتظار دورة فى الألعاب أو المواقف الجماعية.

١٢- غالباً ما ينشغل أو يقحم نفسه فى أنشطة خطرة دون تقدير لخطورتها،

كأن يغير النشاط مندفعاً دون النظر حوله أو يقفز من أماكن مرتفعة.

١٣- غالباً ما يفقد الأشياء الضرورية لأداء المهام أو الأنشطة فى المدرسة أو البيت.

١٤- غالباً ما يبدو أنه غير منصت لما يقال له.

(Duclcan,2003:24-41)

المدة الطبيعية للتركيز والانتباه:

تختلف مدة ومقدرة الانسان على الانتباه والتركيز، وهى المقدرة المؤدية للتعلم والتذكر، ومن ثم الى زيادة نسبة الذكاء، وتتراوح فترة انتباه الطفل الطبيعية من ثلاث إلى خمس دقائق لكل سنة من العمر، فالطفل فى الروضة يحتاج إلى خمس عشرة دقيقة كفترة انتباه متواصلة لكى ينجز العمل الموكول له كحد أقصى، وبعد ذلك تزيد لكى تكون عشرين دقيقة فى الصف الأول والثانى، ولكن هذا لا يعنى التركيز المستمر المتواصل، ولكن يعنى عدم التشويش وفقد التواصل مع العمل الذى يقوم به، ولكن يجب الأنتباه أن فترة الانتباه عند مشاهدة التلفاز لا تحتسب عند قياس المقدرة على التركيز والانتباه .(Greenihll,1999:503-512).

أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة:

إن أعراض اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة تبدأ فى الظهور قبل سن السابعة وقد تظهر بشكل واضح فى سن الثلاث سنوات، ويجب أن تظهر الأعراض فى بيئتين مختلفتين (البيت والمدرسة) لمدة الستة أشهر السابقة لعملية التقييم. إن اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة (AD/HD) اضطراب مزمن يستمر مع الإنسان طوال حياته حيث تستمر الأعراض عند ٧٠٪ من المصابين مع ملاحظة اختلاف نمط ظهور الأعراض تبعاً للفئة العمرية. وتمثل نسبة الإصابة بين الذكور ٣-٤ أضعاف الإصابة بين الإناث.

أولا :الاعراض الاساسية لاضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة.

١- ضعف الانتباه: Attention deficit

يعرف على أنه عدم القدرة على التركيز نحو شيء محدد لفترة طويلة يرافقه عدم القدرة على التحرر من العوامل الخارجية التى تشتت انتباههم كما يعنى عدم القدرة على تركيز الانتباه والاحتفاظ به لفترة مناسبة عند ممارسة الأنشطة التى يقومون بها خصوصاً الأنشطة التى تتطلب تحدى و يتضح ذلك من خلال عدم مقدرة الطفل على الانتباة والاصغاء والتواصل مع المتكلم سواء كان معلما او ولى امر وبالتالى لا يتمكن من انجاز العمل المدرسى على اكمل وجـة او لا يكملة وان اكملة لا يتوخى الدقة ولكن يظل الطفل مصغيا لفترة لا باس بها عند مشاهدتة برامج التلفاز او اشرطة الفيديو حيث لا يتطلب زيادة تركيز او استيعاب ولعل الحركة المفرطة من اسباب نقص الانتباة لهذا الطفل .

و تتمثل أعراض نقص الانتباه فيما يلى :

* صعوبة فى التركيز والانتباه .

* ضعف الذاكرة.

* الفشل فى التركيز والانتباه لتفاصيل الموضوع او النشاط.

* صعوبة فى تنظيم المهمة أو النشاط الذى يقوم به.

* القيام بعمل أخطاء تدل على عدم الاهتمام (واجباته المدرسية - العمل - النشاطات الأخرى التى يقوم بها) .

* عدم الانصات عند الحديث معه.

* عدم أتباع التعليمات والأوامر.

* الفشل فى أتمام المهام التى تطلب منه.

* يتجنب أو يرفض المشاركة فى النشاطات التى تحتاج الى تركيز وجهد فكرى.

* يسهل عادة تشتيت انتباهه بالمؤثرات الخارجية.

* كثير النسيان فى النشاطات اليومية.

* أحلام اليقظة.

* غير مرتب فى نشاطه ودروسه ومظهره.

(McGough , 2005 : 3198-3204)

٢ – النشاط الزائد: Hyperactivity

هو حركات جسمية تفوق الحد الطبيعى أو المقبول وهو نشاط جسمى وحركى حاد ومستمر طويل المدى لدى الطفل بحيث لا يستطيع التحكم فى حركات جسمه بل يقضى أغلب وقته فى الحركة المستمرة وغالبا ما تكون هذه الظاهرة مصاحبة لحالات إصابات الدماغ أو قد تكون لأسباب نفسية ويظهر هذا السلوك غالبا فى سن الرابعة حتى سن ما بين ١٤ –١٥ سنة.

كما يعرف بأنه كمية الحركة التى يصدرها الطفل ولا تكون متناسقة مع عمره الزمنى فالطفل فى عمر الثانية يكون نشاطه الحركى نشط جداً نحو استكشاف البيئة لذا فهى مناسبة لعمره إلا أن نشاطاً مساويا من قبل الطفل بعمر عشر سنوات خلال المناقشة الصفية يعتبر نشاطا غير مناسب. (McGough , 2005 : 3198-3204)

وعند مقارنة حركة هؤلاء الاطفال بالاطفال العاديين فان هذة الحركة المفرطة تاخذ صورا عديدة تختلف باختلاف الاطفال واختلاف المواقف البيئية لكل طفل فيلاحظ علية التململ المستمر والتارجح على الكرسى اثناء الجلوس عليه والانتقال من مكان الى اخر والتجول فى الصف والقفز. ففرط الحركة يلازم هذا الطفل فى كل تصرفاته وفى كل احواله فى المنزل والروضة والشارع . فهؤلاء الاطفال على الرغم من زيادة نشاطهم وسرعة انطلاقهم الا انهم لا يرغبون فى الالعاب الرياضية بسبب انها تتطلب قدرا بسيطا من النظام وهم لا يستطيعون ضبط انفسهم .

و تتمثل أعراض فرط الحركة(النشاط) فيمايلى :

* كثير الكلام – وتعتبر من العلامات المميزة لفرط الحركة.

* شعور دائم بالحاجة للحركة.

* يتململ كثيراً – يحرك يديه أو قدميه – يتحرك على الكرسى.

* عدم الجلوس فى نفس المكان لمدة طويلة.

* ظهور علامات التضجر بسرعة.

* يترك الكرسى فى الفصل – أو أماكن او حالات مشابهة – بدون هدف أو سبب .

* الركض واللعب والتسلق حتى فى الأوقات غير المناسبة أو الأماكن الخطرة.

* اللعب بإزعاج دوماً .

* يضايق الأطفال الآخرين ، ويقوم بتخريب لعبهم أو نشاطهم.

* يجد صعوبة فى اللعب، او مشاركة الآخرين فى الأنشطة التى يقومون بها بهدوء.

* الفوضوية.

* التصرف بسذاجة.

(Robin,1999:1027-1038)

٣ – الاندفاعية Impulsivity

هى نمط سلوكى يتضمن عدم مقدرة الطفل على ضبط السلوك والميل نحو الاستجابة دون تفكير لذلك يتصف الطفل الاندفاعى بسرعة التهيج والتهور لابسط الامور فمثلا يصر على اخذ اول لعبة يراها او يصر على ان يكون اول من يبدأ بهذة اللعبة بغض النظر عن ان كانت هذة لعبته او هى لغيره او ان دوره جاء اولا وبسبب ذلك تحدث الخصومات بينه وبين اقرانه وايضا يتصف هذا الطفل بالتحدى والمعارضة والعناد حتى لو كان الحق لغيره . ان هذا الطيش والتهور يجعله عرضة لكثير من

الحوادث، والاصابات ويفقده صفة الاجتماعية والاستمرار فى الصداقة فهو سلبى فى كسب صداقة الاخرين.

و تتمثل أعراض الأندفاعية فيما يلى :

* الاستعجال فى الحديث والرد وعدم الانتظار.
* يجيب على السؤال قبل أكتماله.
* يقاطع الآخرين كثيراً.
* يجد صعوبة فى انتظار دوره.
* الشعور بالإحباط لأتفه الأسباب.
* التهور.
* الفوضوية.
* سرعة الانفعال.
* سهولة الإثارة.
* تغير المزاج بسرعة.
* اللامبالاة بعواقب الأمور.
* الأنطوائية والخجل.
* عدم القدرة على ضبط النفس.
* عدم القدرة على التعبير عن النفس.
* صعوبة فى اللعب وفى مشاركة الآخرين فى الأنشطة.
* السلبية والابتعاد عن مناقشة الآخرين.
* عدم التعاطف مع الآخرين.
* عدم وجود علاقات جيدة مع الأطفال الآخرين.
* افتقاد المهارات الاجتماعية مثل التحية والسلام على الآخرين.

(Robin,1999:1027-1038)

ثانيا :الاعراض الثانوية لاضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة.

١- ضعف الاستعداد و الآداء الاكاديمى .

أظهرت الكثير من الدراسات التى تناولت العلاقة بين هؤلاء الاطفال ذوى نقص الانتباة وفرط الحركة وبين استعدادهم الاكاديمى .ان مستواهم الدراسى بصفة عامة منخفض مقارنة باقرانهم ويشكل ذلك قرابة ٩٠ ٪ من الحالات المشخصة وان نسبة ٤٥ ٪ من هؤلاء الاطفال تم ايقافهم عن المدرسة لفترة من الوقت بسبب مستواهم الدراسى المنخفض وسلوكياتهم وذكرت ايضا الاحصائيات ايضا ان٤٠-٦٠ ٪ منهم يحتاجون الى خدمات تعلمية خاصة.

٢- ضعف العلاقة بالأخرين .

يعانى الاطفال ذوى نقص الانتباهْ وفرط الحركة من قلة الاصدقاء وصعوبة تكوين العلاقات مع غيرهم و هؤلاء الاطفال يواجهون صعوبات فى سلوكياتهم الاجتماعية مع الاخرين فيلاحظ عليهم الفوضوية وسرعة الانفعال والسلبية فهم لا ينالون قدرا من الاحترام والشعور الوجدانى من الاخرين ويقدمون على تصرفات اجتماعية تبعدهم عن اقرانهم.(Rappley,2005:165-173)

٣ - السلوك العدوانى Aggressive Behavior

يلاحظ على هؤلاء الاطفال المصابين بنقص الانتباه وفرط الحركة (الذين تطغى عليهم صفة الاندفاعية وفرط الحركة) انهم يعانون من السلوك العدوانى وسرعة التهيج والمعاندة وعدم الاستجابة للاوامر وتغلب عليهم صفة التحدى والمعارضة والاصرار على الخطأ وايضا لديهم حب الاستبداد والسيطرة على من حولهم دون توخى عواقب تلك التصرفات .

ويؤكد (Rappley,2005:165-173) على أن هناك اضطرا بات عديدة مصاحبة لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة ومنها :

*** الاضطرابات السلوكية:**

السلوك العدوانى ،العناد ، والتمرد وعدم الطاعة باستمرار ، وتقلب المزاج ، وقلة الصبر ، سرعة الغضب وتختلف مستويات الا ضطرابات السلوكية حسب حدة عجز الانتباه والنشاط الزائد .

*** الأضطرابات الانفعالية:**

مثل الاكتئاب - والقلق - والاندفاعية - الشعور بالنقص وانخفاض مفهوم الذات -الشعور بالوحدة سرعة الشعور بالإحباط - وانخفاض الإنجاز بالمدرسة - سرعة النسيان .

*** عدم التوافق الاجتماعى:**

يعانى هؤلاء الأطفال من عدم التوافق لأنهم يسببون الإزعاج لأقرانهم لذا يكونون غير مرغوب فيهم وذلك نتيجة لسلوكهم، حيث يتسم سلوكهم بالتدخل فى أنشطة الآخرين ، ومقاطعة الأحاديث ، ويتسببون فى احراجات كثيرة لأسرته أمام الآخرين بسبب سلوكهم . كذلك هم غير مفهومين من الآخرين .

*** صعوبات التعلم :**

وتكون واضحة فى التحصيل الأكاديمى للطفل حيث تؤثر على مستوى تحصيله ونفوره من المدرسة والواجب المدرسى والموقف التعليمى عموماً.

كذلك هناك اضطرا بات أخرى مثل أضطرابات القلق - الاضطراب الشخصى - والاكتئاب -العناد-التمرد- وانحراف السلوك -اضطرابات النطق - اضطرا بات النوم- ضعف فى الذاكرة ولكن هذا لايعنى ان هذه الأضطرابات لاتكون الا لدى الأطفال اللذين لديهم فرط حركة ولكن قد يكون بعض منها لدى اطفال قد لايكون لديهم اضطراب فرط حركة ولكن لديهم مشكلات آخرى

الاضطرابات التواصلية:

أن الاضطرابات التواصلية Communication disorders تعتبر القاسم المشترك الأعظم بين الأطفال المصابين بقصور الانتباه، وقد أظهرت الدراسات أن

٨٥ ٪ من ألأطفال المصابين باضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة يعانون من أحد مشاكل اللغة والكلام المختلفة وأن ٣٥ ٪ يعانون من تأخر فى بدايته كما أن ٥٤ ٪ يعانون من مشاكل فى اللغة التعبيرية أكثر من اللغة الاستقبالية. وسنتناول الآن بعض هذه الاضطرابات.

*** اللغة الاستقبالية (المهارات المتعلقة بفهم اللغة):**

- ضعف الحصيلة اللغوية على المستوى المتقدم (المترادفات، الكلمة، وعكسها).
- تأخر الاستجابة المطرد.
- صعوبة فهم الاستعارات (المعنى الحرفى).
- ضعف الذاكرة.

*** اللغة التعبيرية (المهارات المتعلقة باللغة التعبيرية اللفظية):**

- قصر الجمل المستخدمة.
- أخطاء نحوية وصرفية عديدة.
- صعوبة إيجاد الكلمات.
- أخطاء فى استخدام كلمات مترادفه.
- صعوبة استخدم المعانى غير الحرفية بطريقة مقبولة.

*** اللغة الوظيفية والعملية (المهارات المتعلقة بالاستخدام الصحيح للغة):**

- صعوبة الاتصال البصرى.
- صعوبة تبادل الأدوار.
- الانتقال غير المنطقى من موضوع لآخر.
- صعوبة ابتداء أو إنهاء حديث.
- صعوبة طلب معلومات محددة (تفاصيل).
- صعوبة رد التحية أو الابتداء بها.

- صعوبة عمل صداقات.

- انتفاء السلوك التعاونى خلال الأنشطة.

- عدم القدرة على التعامل مع الأحداث.

- عدم القدرة على التعبير عن الآراء.

- لغة الجسد المصاحبة للكلام وعدم منطقيتها وملاءمتها.

*** المهارات السمعية المهارات المتعلقة بمعالجة المعلومات السمعية:**

- حساسية زائدة للضوضاء.

- صعوبة إدراك وفهم الكلام أثناء وجود ضوضاء.

- قصور فى الذاكرة السمعية للأوامر وعدم تذكر ما قبله.

- إعادة أو تنفيذ آخر مرحلة من الأمر وعدم تذكر ما قبلة.

- سهولة التشتت من أى ضوضاء. (Dulcan,2003:24-41)

المشكلات التى يسببها اضطراب نقص الانتباه و فرط الحركة.

١- مشكلات سلوكية.

أ- سلوكيات سلبية.

ب- سلوكيات عدائيه: سرعة الانفعال، عدم الالتزام بالقوانين، الشعور بالغضب أو الضيق بسهولة، تحميل الآخرين المسئولية، التعدى على حقوق الآخرين، سلوكيات ضد الأعراف الاجتماعية، الفوضى، الانحراف، الجريمة، العداء للمجتمع.

ج- سلوكيات العصيان.

٢- مشكلات وجدانية:

القلق والتوتر، الحصر النفسى، الكآبه، المزاجية، تدنى الاعتداد بالذات.

٣- مشكلات اجتماعية:

الرفض من قبل الأقران، ضعف فهم الإيحاءات الاجتماعية، يبدو أنهم ضعفاء

اجتماعيا، ضعف الأداء خلال اللعب أو الأنشطة المنظمة، مقاطعة الآخرين أثناء الحديث، إقحام أنفسهم قسرا للعب.

٤- مشكلات تعليمية:

عدم الاستيعاب، عدم الانتباه، ضعف الدافعية، الفشل المتكرر، إزعاج الآخرين، الميل للهزل، مشاكل فى أتباع التعليمات، ضعف التحصيل، الفشل فى إتمام الأعمال المدرسية.(Zarnetkin,1999:40-46)

تصنيف اضطراب نقص الانتباه و فرط النشاط "ADHD"

توجد ثلاث تصنيفات هامةو هى :

* تصنيف أمريكى متمثلا فى DSMIV
* تصنيف المنظمة العالمية للصحة ويسمى CIM 10
* التصنيف الفرنسى CFTMEA(7)
* تصنيف DSM IV الدليل التشخيصى والإحصائى للإضطرابات العقلية الطبعة الرابعة (1994) IV

إن الأهمية الكبرى لهذا التصنيف يتمثل فى كونه نسقا متعدد المحاور :

* **المحور الأول** : توجد فيه المتلازمات الإكلينكية (اضطرابات حصرية – ضطرابات المزاج...).
* **المحور الثانى** : توجد فيه اضطرابات الشخصية والإضطرابات الخاصة بالنمو و الإضطرابات التى تظهر خصوصا فى الطفولة المبكرة ، و الطفولة الوسطى ، و الطفولة المتأخرة ، والمراهقة.
* **المحور الثالث** : يضم الأمراض والإضطرابات الجسدية.
* **المحور الرابع** : يعطينا مقياس لتقدير خطورة عوامل الإجهاد النفسى – الإجتماعى .
* **المحور الخامس** : يقدر مستوى التكيف الإجتماعى .

و قد قسمت الرابطة الاميركية للطب النفسى فى دليلها للتشخيص الاحصائى للاضطرابات العقلية، اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة الى ثلاثة انواع:

*** فرط النشاط الاندفاعى:**

الطفل الذى يعانى من هذا النوع لا تظهر عليه اللامبالاة، ولكن تظهر عليه الأعراض التالية :

* تململ الأيدى أو الارجل أو التلوى فى المقعد.

* عدم القدرة على الجلوس لمدة طويلة أو اللعب بهدوء.

* الجرى والقفز اكثر من اللازم و بدون مناسبة.

* التحدث كثيرا أو عندما لا ينبغى له أن يتحدث.

* الصياح بالإجابة قبل سماع السؤال كاملا.

* لا يفهم أدب الانتظار.

* مقاطعة الآخرين عند التحدث.

* يكون ملولا وكثير الحركة.

*** النوع اللامبالى :**

الطفل الذى يعانى من هذا النوع لا تظهر عليه اعراض فرط النشاط الاندفاعى، ولكن تظهر عليه الأعراض التالية :

* عدم التركيز لمدة طويلة.

* يتشتت انتباهه بسرعة.

* عدم الاهتمام بالتفاصيل.

* يرتكب العديد من الاخطاء.

* يفشل فى استكمال انشطته.

* يجد صعوبة فى تذكر الأشياء.

* ليس بمستمع جيد، وإن استمع لا يركز.
* لا يبالى كثيرا بالنظام.
* يتجنب المهام التى تتطلب جهدا ذهنيا متواصلا.

*** النوع المركب:**

يجمع هذا الطفل بين اعراض اللامبالاة وأعراض فرط النشاط الاندفاعى، والاضطراب المركب من أكثر الأنواع شيوعا ويتم التشخيص عادة عندما تظهر ستة اعراض او اكثر تستمر لمدة لا تقل عن ستة اشهر قبل ان يبلغ الطفل سبع سنوات. من المعروف ان الاطفال لديهم طاقة كبيرة وكثيرو الحركة، وليس لديهم قدرة على التركيز لفترات طويلة، ويملون بسرعة من اللعب بلعبة واحدة.

(American Psychiatric Association ,2000:85-103)

تصنيف CIM 10 التصنيف العالمى للأمراض الطبعة العاشرة،(١٩٩٢)

يعد تصنيف المنظمة العالمية للصحة (OMS)تطورا كبيرا مقارنة بالمفاهيم الامريكية والمفاهيم الأوروبية، وإذا كان تصنيف DSMقد تخلى عن ذكر العصابات والذهانات فإن تصنيفا CIM10و CFTMEAيرجعان إليها وتندرج الإضطرابات وفق هذا التصنيفين ضمن قسمين كبيرين هما

١ – إضطرابات النمو النفسى:

(أ) اضطربات خاصة فى نمو الكلام واللغة .

* إضطرابات إكتساب النطق.

* إضطراب إكتساب اللغة التعبيرية.

* إضطراب إكتساب اللغة الإدراكية .

* الحبسة المكتسبة المصحوبة بالصرع.

(ب) إضطرابات خاصة بالإكتسابات المدرسية.

* إضطراب خاص فى القراءة Lecture

* إضطراب خاص فى رسم الحروف Orthographe

* إضطراب خاص فى الحساب.

* إضطرابات مختلطة فى الإكتسابات المدرسية .

(ج) إضطراب خاص فى النمو الحركى.

(د) إضطرابات خاصة مختلطة فى النمو.

(هـ) إضطرابات خطيرة فى النمو.

* متلازمة RETT

* متلازمة HELLER

* فرط النشاط المصحوب بتخلف عقلى وحركات مقولبة

* متلازمة أسبرجر ASPERGER

٢-إضطرابات السلوك والإضطرابات الإنفعالية التى تظهر فى العادة فى سن الطفولة أو المراهقة.

(أ) إضطرابات فرط الحركة.

* إضطراب النشاط والإنتباه.

* إضطراب فرط الحركة وإضطراب السلوك.

(ب) إضطرابات سلوكية.

* إضطرابات فى المحيط الأسرى.

(ج) إضطرابات مختلطة للسلوكيات والإنفعالات.

* إضطرابات سلوكية مع إكتئاب.

(د) إضطرابات إنفعالية تبدأ خاصة فى الطفولة

* قلق الإنفصال فى الطفولة.

* الخوف.

* المنافسة الأخوية.

(هـ) إضطراب الأداء الإجتماعى فى الطفولة والمراهقة.

* إضطراب إنعكاسى فى التعلق الطفولى .

* إضطراب التعلق مع العجز عن التثبيط(Désinhibition).

* إضطرابات فى الأداء الإجتماعى فى الطفولة.

(و) اللزمات.

(ز) اضطرابات أخرى فى السلوك.

* تبول لاإرادى لاعضوى

* تبرز لا إرادى لا عضوى.

* اضطراب التغدية.

* شهوة الطين (PICA).

*حركات منعكسة.

* تأتأة (MTA Cooperative Group,2004:762-769).

* تصنيف CFTMEA التصنيف الفرنسى للإضطرابات العقلية عند الطفل والمراهق(١٩٨٨).

١-الذهانات :

* عدم التناغم الذهانى.

* ذهان فصامى فى الطفولة.

* ذهان فصامى فى المراهقة.

* ذهانات مع تعكر المزاج.

* ذهانات حادة (National Institute of Mental Health ,2003).

أثر أضطراب فرط الحركة ونقص الأنتباه على الطفل:

الأعراض المصاحبة لأضطراب فرط الحركة ونقص الأنتباه قد تقل أو يمكن التحكم فيها من خلال العلاج الدوائى والنفسى السلوكى والتربوى، ولكن هذه الأعراض قد يكون لها تأثير على نمو الطفل النفسى والعضوى والاجتماعى، فتؤدى إلى أضطرابات نفسية أخرى مثل ضعف الثقة بالنفس، ضعف العلاقات الاجتماعية فى المنزل وخارجه، سوء التحصيل الاكاديمى، وغيرها، مما يؤثر على مستقبل الطفل فى الحياة،و يسبب له بعض المشاكل .ويشير (Zarnetkin,1999:40-46) الى بعض هذه المشاكل على النحو التالى :

١- العلاقة مع الوالدين والأسرة:

الأعراض المتعددة لهذه الحالة كفرط الحركة وقلة الانتباه، عدم أطاعة الأوامر، عدم الترتيب والفوضى، يجعلهم يصفونه بأنه طفل شقى عنيد لا يسمع الكلام، لهذا يتعرض لمعاملة قاسية وضرب متكرر، فيغضب ويتأثر نفسياً لأن الوالدين و الاسرة لا يستطيعون تقدير ظروفه المرضية بل يزيدون من عقابة، مما يجعل هناك اضطراب فى العلاقة بين الوالدين والطفل، لذا فإن معرفة الوالدين للحالة وكيفية التصرف مع المواقف قد تمنع الكثير من الانعكاسات النفسية فى مستقبل الطفل.

٢- العلاقة مع المدرسين:

الكثير من المدرسين درسوا ضمن المنهاج الدراسى حالة اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه، ولكن قد ينسون أو يتناسون مثل هذه الحالات، فيصفونه بالطفل المشاغب الكسول، يعاملونه بقسوة، يكثرون من الشكوى منه ونقده، وتضطرب العلاقة بين الطفل والمعلم، ويزداد الفشل الدراسى، واذا علمنا أن أغلب حالات فرط الحركة وقلة الانتباه يتم التعرف عليها وتشخيصها من قبل المدرسين، ادركنا أهمية رفع الوعى لدى المدرسين وكيفية تعاملهم مع تلك الحالات، ومنع المشاكل قبل حدوثها.

٣- التحصيل العلمى:

القدرات الذهنية لهؤلاء الأطفال طبيعية أو أقرب للطبيعية، وتكمن المشكلة

الرئيسة فى عدم قدرتهم على التركيز، ومن ثم عدم الاستفادة من المعلومات والمثيرات من حولهم، وكثيراً ما يعيدون دراسة المرحلة بسبب الرسوب، وبعض الأطفال يكبرون وهم فاشلون دراسياً، ويكون تحصيلهم العلمى اضعف من بقية أهلهم وأقرانهم.

٤-العلاقات مع الأطفال الآخرين:

الطفل المصاب باضطراب فرط الحركة وقلة الانتباه لديه الكثير من الأعراض التى تؤدى إلى عدم القدرة على بناء علاقات أجتماعية وصداقة مع الأطفال الآخرين، فهو أندفاعى بطبعه، لا ينتظر دوره فى اللعب، لا يكمل اللعبة التى يقوم بها، يقاطع الآخرين فى الكلام واللعب، لا يعطى الآخرين الفرصة ، عنيف فى تعامله معهم، كثيراً ما يقع فى خصام معهم، لذلك نراهم يبتعدون عنه بالتدريج، يحاولون الابتعاد عنه وعدم اللعب معه ما أمكن، مما يجعله يشعر بالعزلة ، ويزيد من سوء تعامله معهم.

٥- الثقة بالنفس:

تتكون الثقة بالنفس نتيجة ردود الفعل لما يقوم به الفرد نحو الآخرين، وما يقوم به الآخرين نحوه، والطفل المصاب بفرط الحركة وقلة الانتباه علاقاته سيئة مع المجتمع من حوله سواء فى المنزل أو الشارع أو المدرسة، وردود الفعل نحو ما يقوم به سيئة، ومن داخله فهو لا يقوم بأشياء تستوجب ردود الفعل الحسنة والثناء، فهو لا ينجز عملاً، سيء التعامل مع الآخرين، لا يستمع للأوامر، من هنا تتكون لديه صورة سيئة عن نفسه، ويفقد الثقة فى التعامل مع الآخرين ومن ثم يفقد الثقة فى نفسه.

٦-القلق والاكتئاب:

نتيجة للانعكاسات السلبية لفرط الحركة وقلة الانتباه، وعدم قدرته على السيطرة على تصرفاته غير الطبيعية، والمعاناة والضغوط النفسية التى يواجهها الطفل، وعلاقاته الاجتماعية السيئة فى المنزل والشارع والمدرسة، كلها تنعكس سلباً على حالته النفسية، فتؤدى إلى اضطراب المزاج، الاكتئاب والقلق، وغيرها من الأمراض النفسية.

تشخيص اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة.

متى يتم التشخيص؟

أضطراب فرط الحركة وقلة الانتباه حالة نمائية، أى أن الطفل يصاب بها فى مرحلة الحمل وقبل الولادة، ويمكن تشخيصها فى أى مرحلة عمرية معتمدة على شدة الأعراض ونوعيتها، ولكن بعض تلك الأعراض تحدث بشكل متكرر لدى الأطفال الطبيعيين خلال مرحلة النمو، لذا يكون من الصعوبة القدرة على التشخيص الكامل، ولكن عند دخول الطفل للروضة (خمس – ست سنوات) ، فهناك العديد من العوامل التى تساعد على ظهور الأعراض مثل البيئة المدرسية واختلافها عن المنزل، الضغوط التى يواجهها الطفل فى الروضة، كما أن الأعراض التى يتم تجاهلها فى المنزل كأعراض طبيعية يمكن أبرازها فى الروضة.

كيف يتم التشخيص؟

يتم التشخيص من خلال الفحص الطبى لأستبعاد الحالات المرضية الأخرى، كما يتم التقييم الطبى والنفسى من خلال معايير مقننة لكل مرحلة عمرية، كما يتم متابعة الطفل وملاحظة التغيرات التى تحدث – والسلوكيات، وتسجيلها من خلال الوالدين والمدرسين ومن يقوم برعايته.

ما هى طرق الكشف والتشخيص ؟

* السيرة المرضية والكشف السريرى.
* المقابلة الشخصية.
* جمع البيانات السلوكية.
* التقييم النفسى والتربوى.

ما هى معايير التشخيص ؟

* مدة أستمرار الأعراض : تكون الأعراض موجودة لمدة ستة أشهر على الأقل
* عمر الطفل عند ظهور الأعراض : ظهور الأعراض – بعضها – قبل السادسة من العمر.

* عدد الأعراض الظاهرة.

* درجة الخلل التى سببها الأَضطراب فى حياة الطفل الاكاديمية والاجتماعية.

* الأحتمالات الأخرى المسببة للأعراض – مثل القلق والاكتئاب، أضطراب الشخصية، الهستيريا، الفصام، وغيرها.

من الذى يقوم بالتشخيص؟

حالة اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه حالة سلوكية، وتشخيصها يعتمد على الملاحظة المستمرة لسلوكيات الطفل خلال حياته اليومية، فى المنزل والشارع والمدرسة، ولذلك فإن التشخيص والعلاج يعتمد على مجموعة من الأفراد الذين يقومون برعاية الطفل ، وهم :

* الطبيب النفسى.
* طبيب الأطفال.
* والدى الطفل.
* من يقوم برعاية الطفل.
* المعلم – المرشد الطلابى.

كيف يتم التقييم؟

أعراض هذا المرض تتداخل مع أعراض أمراض نفسية وسلوكية أخرى كالقلق – التوحد– صعوبات التعلم – اضطراب السلوك، وغيرها، لذا لابد من التعرف على قدرات وكفاءات الطفل الرئيسة وهى:

* – القدرات السلوكية Behavioral Competence
* الكفاءات – القدرات الاكاديمية والتعليمية Academic Competence
* الكفاءات – القدرات الاجتماعية Social Competence
* قدرات الذكاء Intelligence Quition

ما هى الادوات المستخدمة فى التقييم؟

هناك العديد من المقاييس المستخدمة لتقييم حالة الطفل، وتلك تحتاج إلى ملء بعض الاستبيانات والمقاييس لمعرفة سلوكيات الطفل فى البيئات المختلفة (المنزل – الشارع – المدرسة)، وتعتمد على الملاحظة الميدانية لما يقوم به الطفل فى حياته اليومية، ويقوم بتعبئة هذه الاستبيانات الوالدين ومن يقوم برعاية الطفل، كما يقوم بها المعلم أو المرشد الطلابى فى المدرسة، تلك الاستبيانات تعطى صورة عن حالة الطفل يمكن من خلالها الحصول على التشخيص الحقيقى للحالة ، كما يمكن عن طريقها معرفة مدى تقدمه فى العلاج، ومن الادوات المستخدمة:

١– المقابلات :Interviews

وتضم المقابلات:

(أ) مقابلة الوالدين والأطفال بهدف جمع المعلومات المتصلة بالمشكلة.

(ب) المقابلات المنظمة وتتبنى الاتجاه التصنيفى فى التقييم بحيث ينقسم الاضطراب إلى فئتين هما اضطرابات موجودة واضطرا بات غير موجودة وذلك بناء على معايير تشخيصية تم وضعها بعد دراسة دقيقة للأدبيات البحثية وعادة ما يتوافق شكل ومحتوى المقابلات المنظمة مع المعايير فى الأدلة التصنيفية للطب النفسى مثل الدليل التشخيصى والإحصائى.

ويعد الدليل التشخيصى الإحصائى للرعاية الآلية للطفولة والمراهقة نظام تصنيف يمكن العاديين من وصف متغيرات سلوكية تتراوح بين البسيطة وحتى الشديدة.

٢– المقاييس.

ا–مقياس كونرز :CONNERS

ويتضمن مجموعة من الفقرات تمثل خصائص الأطفال ذوى النشاط الزائد وتكون الإجابة علية باختيار وصف لسلوك الطفل والذى يتراوح بين (لا يحدث إلى

يحدث كثيراً) . إضافة لضرورة التشخيص الطبى يؤكد أو ينفى أن السلوك المضطرب ناتج عن حالة صحية طبية أو لا .

ب - مقياس أديس ADDES Scale
Attention Deficit Disorder Evaluation

(للمعلمين - للوالدين)

ج- مقياس ايدل بروك - إخباخ Adel broch & Achebach

د- قائمة تحديد سلوك الطفل Child Behavior Check List - CBCL

وهى أكثر مقاييس التقدير استخداماً ومنها استمارات آسنباك Asnbak ومقاييس إفادة المدرس واستمارة الطفل والتى تتكون من ١١٢ فقرة تقييم مشكلات السلوك وبنود إضافية متعددة لتقييم الكفاية الاجتماعية.

هـ- مقياس التقدير IVالاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة كما وردت فى الدليل التشخيصى الإحصائى حيث يجب إعادة الصياغة لتحقق غايتين الاختصار والوضوح ويستخدم مع الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٥- ٨ سنه.

و- مقاييس التقدير :scales Rating

وفيه يطلب مقدمى المعلومات قياس أداء الفرد فيما يتصل بسلوكيات معينة وفق مقياس يتكون من ثلاث إلى خمس نقاط تتراوح بين (لا مطلقا وكثيراً جداً). وتستخدم إجراءات إحصائية لتحديد الوضع التقريبى للفرد بالنسبة لأفرد آخرين من نفس سنه وجنسه. وتصنف مقاييس التقدير إلى نوعين:

* مقاييس تقييم مجموعة واسعة من السلوكيات مثل السلوك الفوضوى أو العدوانى والمشكلات الانفعالية والسلوكية أو مشكلات علاقات الأقران.

* مقاييس تقييم مجموعة محددة من المشكلات.

متى ينبغى توقع وجود الاضطراب؟

هناك العديد من النقاط التى تحدد هذا التوقع هى:

* فرط الحركة الذى يعيق الطفل حتى عن اللعب مع الاخرين.

* الفشل الدراسى.

* الاصابات المتكررة بسبب كثرة الوقوع.

* الاندفاعية الزائدة.

* عدم القدرة على التركيز فى المذاكرة – فى اجواء الصخب كصالة المنزل مثلاً.

ما هى الأسباب المؤدية لعدم التشخيص المبكر؟

هناك العديد من الأسباب التى تؤدى لعدم التشخيص المبكر للحالة ومنها:

* تجاهل سلوكيات الطفل واعتبارها تصرفات طبيعية – شقاوة – دلع.

* التدليل والحماية الزائدة من قبل الوالدين.

* إهمال الطفل فى وجود التفكك العائلى.

* الاعتقاد بوجود تخلف عقلى لدى الطفل ومن ثم عدم تشخيصه.

* وجود إصابة أخرى مرضية مثل ضعف السمع او النظر.

هل يمكن أجراء التشخيص قبل دخول المدرسة؟

عادة ما تبدأ الأعراض المرضية فى الظهور قبل سن الرابعة من العمر، وتزداد مع دخول الطفل للمدرسة، لتكون الأعراض واضحة وجلية بين الثامنة والعاشرة من العمر، ومن الأسباب المؤدية لذلك هى :

* تعود الوالدين على سلوكيات الطفل ,واعتبارها شيئاً عادياً أو شقاوة.

* بيئة المدرسة والانضباطية تجعل الأعراض أكثر وضوحاً.

* زيادة التوتر والقلق.

* عدم وجود الحماية من الوالدين.

* التنافس مع الأطفال الآخرين.

(Wilens,2003:179-185)

قواعد التشخيص:

قامت الجمعية الأمريكية للطب النفسى بوضع مقاييس للتشخيص ، وتم نشره من خلال الدليل التشخيصى للاضطرابات النفسية فى صورته الرابعة DMS-IV، حسب الشروط التالية:

* أن يتم إجراء الأختبارات على الطفل.

* أن تكون بداية ظهور الأعراض قبل سن السابعة.

* أن تكون جميع الأعراض موجودة لمدة ستة أشهر أو أكثر.

* أن تظهر الأعراض على الأقل فى بيئتين مختلفتين أو أكثر (المنزل – المدرسة – الشارع).

* أن تكون تلك الأعراض قد أثرت على مستواه الاكاديمى والاجتماعى تأثيراً واضحاً.

* الأعراض لا تكون محسوبة على أمراض أو حالات أخرى مثل القلق والاكتئاب، أضطراب الشخصية، الهستيريا، الفصام، وغيرها.

* **اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه – مع سيطرة نقص الانتباه.**

أن يكون هناك ستة أعراض على الأقل من أعراض نقص الانتباه.

* عادة ما يفشل فى التركيز والانتباه لتفاصيل الموضوع، أو أن يقوم بعمل أخطاء تدل على عدم الاهتمام فى واجباته المدرسية، العمل، اوالانشطة الأخرى التى يقوم بها.

* عادة يكون لديه صعوبة فى التركيز والانتباه للعمل أو اللعب.

* عادة لا ينصت عندما يتحدث معه.

* عادة لا يقوم بأتباع التعليمات والأوامر، كما يفشل فى أتمام المهام التى تطلب منه.

* عادة ما يجد صعوبة فى تنظيم المهمة التى يقوم بها أو النشاط.

* عادة يتحنب، ولا يرغب، أو يرفض المشاركة فى الانشطة التى تحتاج الى تركيز وجهد فكرى.
* عادة ما يفقد الأشياء الضرورية للقيام بالمهام أو الانشطة.
* يسهل عادة تشتيت انتباهه بالمؤثرات الخارجية.
* عادة ما يكون كثير النسيان فى الانشطة اليومية.

*** اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه – مع سيطرة فرط الحركة – النشاط.**

أن يكون هناك ستة أعراض على الأقل من أعراض فرط الحركة – النشاط والاندفاعية.

(ا)فرط الحركة – النشاط.

* عادة ما يتململ كثيراً ، يحرك يدية أو قدمية، أو يتحرك على الكرسى.
*عادة ما يترك الكرسى فى الفصل – أو أماكن او حالات مشابهة – وهى غير منطقية (فى المراهقين والشباب قد تكون محصورة من خلال التعبير عن الملل وعدم الارتياح).
* عادة ما يجرى ويتسلق الاشياء بكثرة ، وفى حالات يعتبر هذا العمل غير منطقى (فى المراهقين والشباب قد تكون محصورة من خلال التعبير عن الملل وعدم الارتياح).
*عادة ما يجد صعوبة فى اللعب، او مشاركة الآخرين فى الأنشطة التى يقومون بها بهدوء.
* عادة Is often "on the go" or acts as if "driven by a motor"
* عادة ما يتكلم بكثرة.

(ب)الأندفاعية :

* عادة ما يجيب على السؤال قبل أكتماله.
*عادة ما يجد صعوبة فى انتظار دوره

* عادة ما يقاطع الآخرين . or intrudes on others

*** اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه – مع تواجد فرط الحركة و قلة الانتباه سوياً.**

أن يكون هناك ستة أعراض على الأقل من أعراض نقص الانتباه – ضعف التركيز، وستة أعراض على الأقل من أعراض فرط الحركة (النشاط) والاندفاعية.

(American Psychiatric Association ,2000:85-103)

التشخيص والصورة الإكلينيكية:

تظهر أعراض المرض فى الحالات التى تتطلب الهدوء والانضباط وأفضل مثال على ذلك المدرسة أو الروضة وتقل القدرة على مراقبة وتمييز أعراض المرض عن التصرفات الطبيعية وشقاوة الأطفال فى أوضاع معينة مثلاً أثناء اللعب فى الأماكن المفتوحة ومع الأطفال الآخرين وتقل أيضا أثناء المراقبة لسلوك الطفل بشكل فردى كوجود الطفل فى عيادة الطبيب. يرتبط تشخيص اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه بوجود زيادة فى الحركة أو اندفاعية وكذلك نقص واضح فى انتباه الطفل فى البيت كما هو فى المدرسة أيضاً. حيث ان أحد الخصائص المهمة لهذا الاضطراب هى عدم قدرة الطفل على الاحتفاظ بتركيزه لفترة كافية وسهولة تشتيت انتباهه عما كان يقوم به أو ما يكلف به من مهام حتى لو بسيطة جداً كمجرد الاستماع لجملة واحدة. وفى المدرسة يظهر هؤلاء ضعفا واضحاً فى استيعاب التعليمات وتنفيذها وغالباً ما يبذل المعلم مجهودا أكبر معهم فى التحكم فى تصرفاتهم وتنبيههم لسلوكهم. كما أن هؤلاء الأطفال يعانون من صعوبة فى الدراسة سواء فى القراءة أو الكتابة أو العمليات الحسابية...الخ. يعتبر تقرير المعلم عن الطفل من أهم أدوات التشخيص سواء من ناحية سلوكه أو أداءه الدراسى وتحصيله والمشاكل التعليمية الأخرى التى ذكرت أعلاه وكذلك من ناحية علاقته مع الأطفال الآخرين وعند عمل المقاييس النفسية للمساعدة فى التشخيص أو فى متابعة العلاج فإنه يتم الطلب من المعلم تعبئة نموذج

التقييم كما هو الحال بالنسبة لوالدى الطفل أيضاً كما تظهر هذه المقاييس النفسية كيفية تعامل الطفل مع مشاكله. يلاحظ المعلمون شدة حماس واندفاع هؤلاء الأطفال لأى امتحان أو سؤال يطرح ولكنهم يفقدون حماسهم بعد بداية إجابتهم وانشدادهم لأى مؤثر خارجى طارئ قد لا يشكل أهمية كبيرة لهم أو لدروسهم. كما يلاحظ المعلمون أن هؤلاء الأطفال يرفعون أيديهم للإجابة على سؤال حتى قبل أن يكمله المعلم أو حتى قبل أن يعرف الطفل المطلوب من السؤال. (Robin,1999:1027-1038)

يلاحظ المعلمون أيضاً بعض السلوك الانعزالى والشعور بالرفض من الآخرين على الطفل المصاب. قد يظهر ذلك على شكل العدوانية مع الأطفال الآخرين أو المعلم أو على شكل إيذاء للنفس كأن يضرب نفسه بما يتناوله فى يده من أشياء. وفى المنزل يجد الوالدان صعوبة مع الطفل فى إطاعة أوامرهم ويتصرف باندفاعية ودون تفكير مسبق فمثلاً يندفعون فى الحديث ومقاطعة المتحدثين والدخول فى موضوع لا يعنيهم وقد يصفهم الضيوف بسوء الأدب والفضولية. ويتميز هؤلاء الأطفال بتقلب المزاج والعصبية الزائدة. كما أن حجم معاناة هؤلاء الأطفال تزداد عندما يدركون أنهم (مشكلة) مما ينتج عنه الإحساس بالنقص.كما فى المدرسة فإن حماس هؤلاء الأطفال كبير لكل تغير فى المنزل كوصول ضيوف أو تغيير الأثاث أو ترتيبه أو أى مهمة جديدة يكلف بها فيبدأ بالعمل سريعاً ولكن يفشل فى إكماله وينتقل إلى نشاط أو مؤثر خارجى آخر بسهولة. كما يتعرض الأطفال المصابون للحوادث المنزلية كثيراً فيتطلب الحفاظ على سلامتهم جهداً كبيراً من الأم. وفى الحالات التى تطغى كثرة الحركة والاندفاعية على باقى الأعراض تكون أسرع فى طلب الخدمة الطبية لما تسببه من إزعاج للآخرين وتكون من السهل تشخيصها أكثر من الحالات التى تطغى نقص الانتباه. (Schweitzer,2001:757-777)

وقد يظهر الفحص النفسى الإكلينيكى وجود اكتئاب وبعض الاضطراب الطفيف فى طريقة التعبير عن التفكير كترديد نفس الإجابة على أسئلة تطرح على الطفل المصاب بـ فرط الحركة ونقص الانتباه قد يظهر الفحص الجسمانى سوء تنسيق بين وظائف حواس الطفل كالنظر والسمع دون تدنى القدرة على السمع أو النظر. كما أنه

من غير المستغرب أن يكون لدى الطفل سوء التنسيق فى الحركة العضلية العصبية. وأيضا قد يعانى الطفل من مشاكل فى الذاكرة لعدم قدرته على التعامل مع المعلومة التى تصله من البيئة المحيطة به بالشكل الطبيعى. قد تبدأ أعراض المرض فى سن مبكرة جدا وذلك بمجرد أن يبدأ الطفل بالمشى والحركة الحرة ولكن من النادر أن تشخص حالته قبل سن الثانية أو الثالثة. قد يلاحظ على الطفل الرضيع المعرض للإصابة بالمريض بأنه حساس جداً للمؤثرات الخارجية كالأصوات أو الأضواء والحرارة أو تغير فى البيئة المحيطة به كما أن نومه قليل جداً ومتقطع وبكاؤهم متواصل ومن الصعب تهدئته عند تعرضه للإزعاج. وفى أوقات أخرى يلاحظ علية العكس من ذلك تماماً فتقل استجاباته لهذه التغيرات فيظهر علية الاسترخاء والنوم معظم الوقت. (Schweitzer,2001:757-777)

صعوبات التشخيص:

يواجه تشخيص اضطراب نقص الانتباه العديد من الصعوبات بسبب:

١- عدم وجود معايير موحدة لقياس مستويات النشاط الطبيعى، ومدى قصر توقيت التركيز بالإضافة إلى تحديد نظم طرق معينة على أساسها يمكن التأكد من أن هناك اضطراب نفسى مصاحب للـ .(ADHD)

٢ -التقارير المتناقضة بين الأهل والمعلمين والاختصاصين فى الصحة العقلية حول مستوى النشاط وقصر فترة التركيز والانتباه فى بعض حالات (ADHD)، وإذا ما كانت هذه المشاكل تشكل اضطراب نفسى يستدعى التشخيص والعلاج.

٣- السلوك المتناقض للأطفال حيث يميلون إلى التصرف بشكل أفضل عند وجودهم فى بيئة مختلفة وأقل إحراجا، أو فى صفوف صغيرة أو من خلال طريقة جديدة لتقديم العروض المدرسية وبمنزل عائلى أقل فوضوية. ما يجعل أعراض الحركة المفرطة وصعوبة التركيز متفاوتة وغير ثابتة مع الوقت.

ويتطلب تشخيص الطفل مع اضطراب النشاط المفرط والمنقص فى الانتباه التأكد أولاً من سلامة أجهزة النظر والسمع والكلام، واختبار مستوى الذكاء واختبار للإنجاز الأكاديمى، تقييم لسلوك الطفل، بالإضافة إلى بعض الفحوص ألمخبريه، ولكن الأكثر أهمية هو المقابلات مع الآباء والمعلمين، والأطفال أنفسهم للتزود بلمحة تاريخية مفصلة عن الأعراض السلوكية وتطويرها.

ويتضمن التقييم الطبى تفاصيل منذ فترة الولادة بالإضافة إلى ابرز التطورات المرضية فى حياة الشخص. كما أن ملاحظة سلوك الطفل فى العيادة مهمة أيضاً، حيث السلوك الشديد والنشاط المندفع يمكن أن يقدر بسهولة بالإضافة إلى البحث عن أى تشوه خلقى كوجود أعراض المتلازمة أكس الحساسة أو المتلازمة تيرنز وغيرها، أو وجود بقع جلدية بيضاء Hypopigmented macules مما ينبه أو يشير إلى وجود أمراض ويرتبط كليهما بصعوبات فى التعلم. كما يتضمن الفحص الطبى فحصاً عصبياً كاملاً للتأكد من عدم وجود أى خلل أو ضعف فى Hemiparessis أو عدم تناسق فى الحركات. أما وجود أو عدم وجود الإشارات الناعمة كحركات متكررة فى اليدين أو الرجلين ليس لها أى أهمية خاصة أنها لا تؤثر على التشخيص والعلاج. وعند وجود خلل عصبى أو عدم القدرة على التعلم بشكل تدريجى، يتضح بالقيام بمسح CTscan للدماغ للبحث عن أى عيوب بؤرية فى الدماغ.

(Dulcan,2003:24-41)

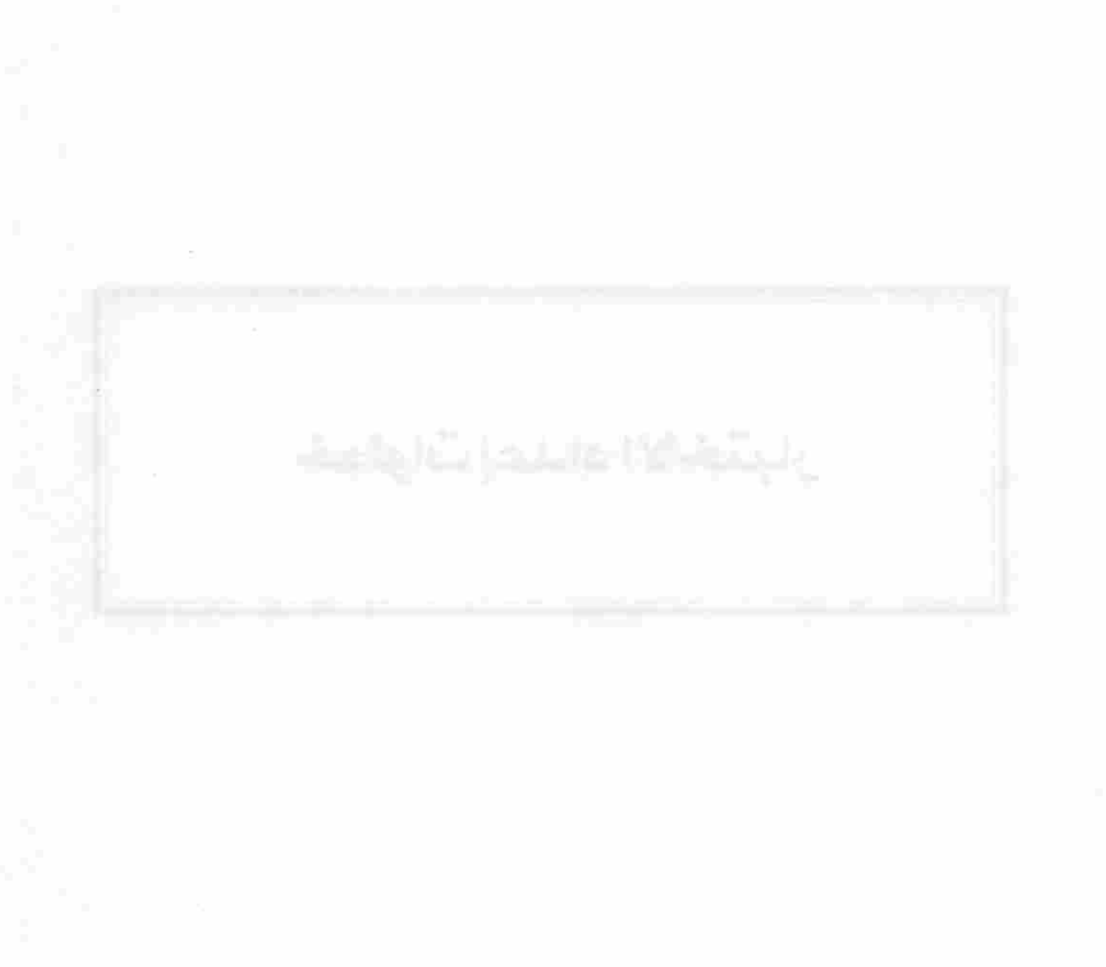
المسار والمآل لاضطراب نقص الانتباه و فرط الحركة:

مسار المرض متغير ومتنوع. قد تستمر الأعراض إلى سن المراهقة أو حتى البلوغ وقد تتغير صورة المرض وأعراضه مع الوقت فقد تختفى كثرة الحركة وتستمر الاندفاعية ونقص الانتباه مثلا. من الأعراض التى تتحسن مبكراً كثرة الحركة أما تشتت الانتباه فيكون من أكثر صور المرض وأعراضه استمرارية. من الأمور التى تؤثر فى مسار المرض ومأله وجود تاريخ أسرى للإصابة بالمرض، ظروف أسرية أو حياتية سيئة، ووجود اكتئاب أو قلق أو سلوك غير مستحب مصاحب للمرض. كل هذه العوامل قد تؤجل الشفاء من المرض. وعادة لا تتحسن حالة المريض بشكل كامل قبل

سن ١٢ سنه وعادة ما يحصل التحسن الكامل بين سن الـ١٢ والـ٢٠ من العمر. وعندما يحصل هذا الشفاء الكامل فإن تأثير المرض يكون طفيفا وتكون حياة المريض وشخصيته وإنجازه فى الحياة طبيعياً أو يقترب من الطبيعى المتوقع منه. وعندما لا يحصل الشفاء الكامل فيظل المريض معرضاً لظهور اضطرا بات نفسيه أخرى كظهور السلوك المعادى للمجتمع

واضطرا بات القلق. وعادة ما تستمر الصعوبات فى القدرة على التعلم بشكل طبيعى مدى الحياة إذا لم يحدث الشفاء الكامل. تستمر الحالة إلى سن البلوغ فى ما نسبته ١٥ إلى ٢٠ ٪ من المرضى ولكن ليس بنفس الأعراض أو الشدة كما فى الطفولة فتختفى كثرة الحركة كما أسلفت وتستمر أعراض أخرى كنقص الانتباه وسهولة التعرض للإصابة والحوادث. وبالرغم من تدنى تحصيلهم العلمى إلا أن أدائهم فى الوظائف لا يختلف عن الأشخاص الطبيعيين. عموماً فإن العلاج المبكر للحالة والتحكم فى الظروف الأسرية المحيطة بالمريض تغير مسار المرضى إلى الأفضل ويعطى نتائج أفضل.

خطوات إعداد الاختبار



وصف الاختبار:

هدف الاختبار:

يهدف اختبار اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة إلى التعرف على الأطفال الذين يتعرضون لخطر المشكلات الأكاديمية أو الاجتماعية، والسلوكية، ولكن لهذا الاختبار أن يزود المعلمين وأولياء الأمور بمعلومات عن أنماط سلوك أطفالهم حتى يمكن أجراء التعديلات الضرورية من خلال البرامج المقدمة لهم.

المصادر التى اعتمد عليها عند إعداد الاختبار:

Lamberg, L. (2003)& Wilens, Et Al (2003)& Brue, Oakland (2002)& Dul Can, Martini (2003).

*مقياس كورنز (للمعلمين – للوالدين).

* مقياس أديس Scale ADDES

Attention Deficit Disorder Evaluation (للمعلمين – للوالدين)

* مقياس ايدل بروك – إخباخ Adel broch & Achebach

*مقياس قائمة تحديد سلوكيات الطفل Child Behavior Check List - CBCL

محتوي الاختبار:

يتكون الاختبار من سبعة أبعاد يقيسها ٧٠ عبارة وذلك بغرض التعرف على اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة لدى أطفال الروضة وذلك كما يتضح فى جدول(١).

جدول (١)

محتوي اختبار اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة لطفل الروضة

الأبعاد	عدد العبارات	العبارات
١- نقص الانتباه	١٠	١، ٨، ١٥، ٢٢، ٢٩، ٣٦، ٤٣، ٥٠، ٥٧، ٦٤
٢- فرط الحركة	١٠	٢، ٩، ١٦، ٢٣، ٣٠، ٣٧، ٤٤، ٥١، ٥٨، ٦٥
٣- الاندفاعية	١٠	٣،١٠،١٧، ٢٤، ٣١، ٣٨، ٤٥، ٥٢، ٥٩، ٦٦
٤- صعوبات اكاديمية	١٠	٤، ١١، ١٨، ٢٥، ٣٢، ٣٩، ٤٦، ٥٣، ٦٠، ٦٧
٥- القلق	١٠	٥، ١٢، ١٩، ٢٦، ٣٣، ٤٠، ٤٧، ٥٤، ٦١، ٦٨
٦- الاكتئاب	١٠	٦، ١٣، ٢٠، ٢٧، ٣٤، ٤١، ٤٨، ٥٥، ٦٢، ٦٩
٧-العناد	١٠	٧، ١٤، ٢١، ٢٨، ٣٥، ٤٢، ٤٩، ٥٦، ٦٣، ٧٠.

التعليمات وطريقة التطبيق:

تقوم المعلمة أو الأم بملاحظة سلوك الطفل بدقة، ووضع علامة (صح) أمام الاختيار المناسب الذى يصف سلوك الطفل. وذلك من الاختيارات الخمس التالية:

لا يحدث يحدث نادرا يحدث احيانا يحدث غالباً يحدث دائماً.

طريقة التصحيح:

يقوم الفاحص بتحديد السلوك الذى يصف المفحوص تماماً وذلك بوضع علامة (صح) أمام الاختيار المناسب من الاختيارات التالية ويمنح درجة على المقياس كالتالى:

١- لا يحدث(درجة واحدة).

٢- يحدث نادرا. (درجتان).

٣- يحدث احيانا (ثلاث درجات).

٤- يحدث غالباً. (أربعة درجات).

٥- يحدث دائما. (خمسة درجات).

التفسير:

لتفسير الدرجات الحاصل عليها المفحوص بهدف تحديد مستوى اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة لدى طفل الروضة من حيث إذا كان هذا الاضطراب بسيط أو متوسط الشدة ومعرض للخطر أو الاضطراب شديد ويشكل خطر كبير فنستعين بالجدول التالى:

مستوى الاضطراب	اضطراب بسيط	اضطراب متوسط الشدة ومعرض للخطر	اضطراب شديد وأكثر خطورة
١- نقص الانتباه	١٠ - ١٩	٢٠- ٢٩	٣٠ فأكثر
٢- فرط الحركة	١٠ - ١٩	٢٠- ٢٩	٣٠ فأكثر
٣- الاندفاعية	١٠ - ١٩	٢٠- ٢٩	٣٠ فأكثر
٤- صعوبات اكاديمية	١٠ - ١٩	٢٠- ٢٩	٣٠ فأكثر
٥- القلق	١٠ - ١٩	٢٠- ٢٩	٣٠ فأكثر
٦- الاكتئاب	١٠ - ١٩	٢٠- ٢٩	٣٠ فأكثر
٧- العناد	١٠ - ١٩	٢٠ - ٢٩	٣٠ فأكثر

تقنين الاختبار:

أ- عينة التقنين.

تكونت عينة التقنين من ٣٠٠ طفلاً من أطفال الروضة من المستويين الأول (KG1)، والثانى (KG2)من الذكور والإناث طبقاً للتوزيع التالى الموضح فى الجدول(٢) .

جدول (٢)

توضيح عينة التقنين وفقاً للجنس والمستوي العمري

المستوى	ذكور	إناث	إجمالي
المستوى الأول KG1	٧٥	٧٥	١٥٠
المستوى الثاني KG2	٧٥	٧٥	١٥٠
أجمالي	١٥٠	١٥٠	٣٠٠

ب- الخصائص السيكومترية للاختبار:

صدق الاختبار:

قاما معدا الاختبار بحساب معاملات الصدق باستخدام المحك الخارجي (الصدق التلازمى)، والصدق العاملى كما يلى:

صدق المحك الخارجى الصدق التلازمى:

قاما معدا الاختبار بإيجاد معاملات الارتباط بين هذا الاختبار واختبار انتباه الأطفال وتوافقهم إعداد عبد الرقيب البحيرى (٢٠٠٥) وذلك كما يتضح فى جدول(٣).

جدول (٣)

معاملات الصدق لاختبار اضطراب نقص الانتباه وفرط الحرك لطفل الروضة

ابعاد الاختبار	معامل الصدق
١ - نقص الانتباه	٠,٦٨
٢ - فرط الحركة	٠,٧١
٣ - الاندفاعية	٠,٦٥
٤ - الصعوبات الأكاديمية	٠,٦٩
٥ - القلق	٠,٧٣
٦ - الاكتئاب	٠,٧٠
٧ - العناد	٠,٦٨
الدرجة الكلية للاختبار	٠,٦٩

يتضح من جدول (٣) أن معاملات الصدق مرتفعة مما يدل على صدق الاختبار.

الصدق العاملى:

قاما معدا الاختبار بتحليل المكونات الأساسية لاختبار اضطراب الانتباه وفرط الحركة لدى أطفال الروضة بطريقة هوتلنج على عينة التقنين، ويوضح جدول (٤) نتائج عملية التحليل قبل تدوير المحاور.

جدول (٤)

نتائج التحليل العاملي بطريقة المكونات الأساسية لهوتلنج قبل تدوير المحاور.

العبارة	العوامل ١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	العبارة	العوامل ١	٢	٣	٤	٥	٦	٧
١	٠,٤٤	٠,٠٤	٠,٠٤	٠,٠٣	٠,٠٢	٠,٠٣	٠,٠٢	٣٦	٠,٠٧	٠,٠٥	٠,٠٤	٠,٣٢	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٠٣
٢	٠,٦٤	٠,٠٥	٠,٠٤	٠,٠٣	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٠٢	٣٧	٠,٠٦	٠,٠٤	٠,٠٤	٠,٣٣	٠,٠٣	٠,٠٢	٠,٠٣
٣	٠,٤٢	٠,٠٤	٠,٠٤	٠,٠٣	٠,٠٢	٠,٠٣	٠,٠١	٣٨	٠,٠٦	٠,٠٥	٠,٠٢	٠,٣١	٠,٠٢	٠,٠٣	٠,٠٢
٤	٠,٤٥	٠,٠٤	٠,٠٣	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٠١	٣٩	٠,٠٥	٠,٠٤	٠,٠٢	٠,٣٧	٠,٠٣	٠,٠٣	٠,٠٢
٥	٠,٣٩	٠,٠٥	٠,٠٤	٠,٠٣	٠,٠٢	٠,٠٣	٠,٠١	٤٠	٠,٠٧	٠,٠٥	٠,٠٤	٠,٣٣	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٠٢
٦	٠,٣٧	٠,٠٤	٠,٠٣	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٠١	٤١	٠,٠٧	٠,٠٤	٠,٠٤	٠,٠٣	٠,٣٦	٠,٠٢	٠,٠٢
٧	٠,٤١	٠,٠٥	٠,٠٤	٠,٠٣	٠,٠٢	٠,٠٣	٠,٠١	٤٢	٠,٠٦	٠,٠٥	٠,٠٣	٠,٠٢	٠,٣٥	٠,٠٣	٠,٠٢
٨	٠,٣٦	٠,٠٤	٠,٠٣	٠,٠٣	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٠٣	٤٣	٠,٠٧	٠,٠٤	٠,٠٣	٠,٠٣	٠,٣٣	٠,٠٢	٠,٠٢
٩	٠,٤٣	٠,٠٥	٠,٤	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٠١	٤٤	٠,٠٦	٠,٠٥	٠,٠٤	٠,٠٤	٠,٣٤	٠,٠١	٠,٠٣
١٠	٠,٣٢	٠,٠٥	٠,٠٣	٠,٠٣	٠,٠٣	٠,٠١	٠,٠١	٤٥	٠,٠٧	٠,٠٤	٠,٠٤	٠,٠٣	٠,٣١	٠,٠١	٠,٠٢
١١	٠,٠٨	٠,٣٩	٠,٠٤	٠,٠٢	٠,٠٣	٠,٠١	٠,٠٢	٤٦	٠,٠٦	٠,٠٤	٠,٠٣	٠,٠٢	٠,٣٠	٠,٠١	٠,٠١
١٢	٠,٠٦	٠,٣٦	٠,٠٣	٠,٠٣	٠,٠٢	٠,٠١	٠,٠٢	٤٧	٠,٠٥	٠,٠٤	٠,٠٤	٠,٠٤	٠,٣٢	٠,٠١	٠,٠١
١٣	٠,٠٧	٠,٣٥	٠,٠٤	٠,٠٣	٠,٠٢	٠,٠٣	٠,٠٢	٤٨	٠,٠٦	٠,٠٤	٠,٠٣	٠,٠٣	٠,٣٠	٠,٠١	٠,٠١
١٤	٠,٠٦	٠,٣٧	٠,٠٣	٠,٠٢	٠,٠٣	٠,٠٢	٠,٠٢	٤٩	٠,٠٧	٠,٠٤	٠,٠٣	٠,٠٢	٠,٣٩	٠,٠١	٠,٠١
١٥	٠,٠٥	٠,٣٦	٠,٠٤	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٠٢	٥٠	٠,٠٦	٠,٠٤	٠,٠٢	٠,٠٣	٠,٠٣	٠,٣٧	٠,٠١
١٦	٠,٠٦	٠,٣٥	٠,٠٣	٠,٠٤	٠,٠٢	٠,٠٣	٠,٠٢	٥١	٠,٠٧	٠,٠٥	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٠٤	٠,٣٤	٠,٠١
١٧	٠,٠٥	٠,٣٧	٠,٠٣	٠,٠٤	٠,٠٣	٠,٠٢	٠,٠٢	٥٢	٠,٠٦	٠,٠٤	٠,٠٣	٠,٠٢	٠,٠٣	٠,٣٣	٠,٠١
١٨	٠,٠٥	٠,٣٦	٠,٠٣	٠,٠٣	٠,٠٢	٠,٠٣	٠,٠٢	٥٣	٠,٠٥	٠,٠٥	٠,٠٣	٠,٠٣	٠,٠٢	٠,٣٦	٠,٠١
١٩	٠,٠٦	٠,٤٠	٠,٠٣	٠,٠٣	٠,٠٣	٠,٠٢	٠,٠١	٥٤	٠,٠٧	٠,٠٤	٠,٠٣	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٣٥	٠,٠١

٢٠	٠,٠٦	٠,٤١	٠,٠٤	٠,٠٢	٠,٠٣	٠,٠٢	٠,٠٢	٥٥	٠,٠٦	٠,٠٥	٠,٠٣	٠,٠٣	٠,٠٢	٠,٣١	٠,٠١
٢١	٠,٠٥	٠,٣٩	٠,٠٤	٠,٠٢	٠,٠٣	٠,٠١	٠,٠٣	٥٦	٠,٠٥	٠,٠٥	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٣٠	٠,٠١
٢٢	٠,٠٦	٠,٣٨	٠,٠٣	٠,٠٣	٠,٠٢	٠,٠١	٠,٠٢	٥٧	٠,٠٦	٠,٠٥	٠,٠٣	٠,٠٣	٠,٠٢	٠,٣٢	٠,٠١
٢٣	٠,٠٦	٠,٠٥	٠,٣٥	٠,٠٣	٠,٠٣	٠,٠١	٠,٠١	٥٨	٠,٠٧	٠,٠٤	٠,٠٤	٠,٠٤	٠,٠٢	٠,٣٥	٠,٠١
٢٤	٠,٠٥	٠,٠٤	٠,٣٣	٠,٠٣	٠,٠٢	٠,٠١	٠,٠٢	٥٩	٠,٠٦	٠,٠٤	٠,٠٣	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٠٣	٠,٣٦
٢٥	٠,٠٤	٠,٠٥	٠,٣١	٠,٠٤	٠,٠٣	٠,٠١	٠,٠٣	٦٠	٠,٠٧	٠,٠٤	٠,٠٤	٠,٠٣	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٣٠
٢٦	٠,٠٨	٠,٠٥	٠,٣٤	٠,٠٣	٠,٠٢	٠,٠١	٠,٠٢	٦١	٠,٠٦	٠,٠٤	٠,٠٣	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٠٣	٠,٣١
٢٧	٠,٠٩	٠,٠٤	٠,٣٦	٠,٠٢	٠,٠٣	٠,٠١	٠,٠١	٦٢	٠,٠٧	٠,٠٤	٠,٠٣	٠,٠٤	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٣٢
٢٨	٠,٠٧	٠,٠٤	٠,٣٩	٠,٠٤	٠,٠٢	٠,٠١	٠,٠١	٦٣	٠,٠٦	٠,٠٥	٠,٠٤	٠,٠٣	٠,٠٢	٠,٠١	٠,٣٧
٢٩	٠,٠٦	٠,٠٤	٠,٣٨	٠,٠٣	٠,٠٣	٠,٠٢	٠,٠١	٦٤	٠,٠٥	٠,٠٤	٠,٠٣	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٠١	٠,٣٣
٣٠	٠,٠٥	٠,٠٥	٠,٣٧	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٢	٠,٠١	٦٥	٠,٠٥	٠,٠٥	٠,٠٢	٠,٠٤	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٣٤
٣١	٠,٠٤	٠,٠٤	٠,٠٣	٠,٣٦	٠,٠٣	٠,٠٣	٠,٠١	٦٦	٠,٠٦	٠,٠٤	٠,٠٣	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٠٣	٠,٣٦
٣٢	٠,٠٦	٠,٠٥	٠,٠٣	٠,٣٤	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٠١	٦٧	٠,٠٦	٠,٠٥	٠,٠٢	٠,٠٣	٠,٠٣	٠,٠٤	٠,٣٥
٣٣	٠,٠٦	٠,٠٤	٠,٠٤	٠,٣٣	٠,٠٣	٠,٠٣	٠,٠١	٦٨	٠,٠٧	٠,٠٤	٠,٠٣	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٣٤
٣٤	٠,٠٧	٠,٠٥	٠,٠٣	٠,٣١	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٠٢	٦٩	٠,٠٦	٠,٠٥	٠,٠٤	٠,٠٤	٠,٠٢	٠,٠٣	٠,٣٣
٣٥	٠,٠٧	٠,٠٤	٠,٠٣	٠,٣٣	٠,٠٣	٠,٠٣	٠,٠٢	٧٠	٠,٠٥	٠,٠٤	٠,٠٣	٠,٠٣	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٣٠
الجذر الكامن	١,٨٧	١,٧١	١,٦٢	١,٥٩	١,٤٧	١,٤٣	١,٣٦								

أسفرت نتائج التحليل العاملى بطريقة المكونات الأساسية لهوتلنج عن سبعة عوامل يتراوح الجذر الكامن لكل منها ما بين (١,٨٧ ، ١,٣٦) وهى دالة إحصائياً حيث قيمة كل منها أكبر من الواحد الصحيح على محك كايزر.

ثم قاما معدا الاختبار بتدوير المحاور بطريقة فاريمكس Varimax ويشير جدول (٥) إلى نتائج التحليل العاملى بعد تدوير المحاور.

جدول (٥)

نتائج التحليل العاملي بعد تدوير المحاور

العبارة	العوامل							العبارة	العوامل						
	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧		١	٢	٣	٤	٥	٦	٧
١	٠,٤٦	٠,٠٥	٠,٠٥	٠,٠٤	٠,٠٤	٠,٠٣	٠,٠١	٣٦	٠,٠٨	٠,٠٥	٠,٠٤	٠,٣٧	٠,٠٣	٠,٠٣	٠,٠١
٢	٠,٤٢	٠,٠٥	٠,٠٤	٠,٠٤	٠,٠٣	٠,٠٢	٠,٠١	٣٧	٠,٠٩	٠,٠٦	٠,٠٥	٠,٣١	٠,٠٣	٠,٠٣	٠,٠١
٣	٠,٤٠	٠,٠٦	٠,٠٥	٠,٠٤	٠,٠٣	٠,٠٣	٠,٠٢	٣٨	٠,٠٨	٠,٠٧	٠,٠٤	٠,٣٣	٠,٠٣	٠,٠٣	٠,٠١
٤	٠,٤٣	٠,٠٥	٠,٠٤	٠,٠٤	٠,٠٣	٠,٠٣	٠,٠١	٣٩	٠,٠٨	٠,٠٥	٠,٠٥	٠,٣٢	٠,٠٣	٠,٠٣	٠,٠٢
٥	٠,٤٥	٠,٠٧	٠,٠٥	٠,٠٤	٠,٠٣	٠,٠٤	٠,٠١	٤٠	٠,٠٧	٠,٠٥	٠,٠٤	٠,٣٢	٠,٠٣	٠,٠٣	٠,٠١
٦	٠,٤١	٠,٠٥	٠,٠٥	٠,٠٤	٠,٠٤	٠,٠٣	٠,٠١	٤١	٠,٠٧	٠,٠٦	٠,٠٥	٠,٠٤	٠,٣٨	٠,٠٣	٠,٠٣
٧	٠,٤٤	٠,٠٥	٠,٠٥	٠,٠٤	٠,٠٣	٠,٠٣	٠,٠٢	٤٢	٠,٠٧	٠,٠٧	٠,٠٤	٠,٠٥	٠,٣٣	٠,٠٣	٠,٠١
٨	٠,٤٢	٠,٠٦	٠,٠٥	٠,٠٥	٠,٠٣	٠,٠٣	٠,٠٢	٤٣	٠,٠٨	٠,٠٨	٠,٠٥	٠,٠٤	٠,٣٤	٠,٠٣	٠,٠٢
٩	٠,٤٣	٠,٠٥	٠,٠٤	٠,٠٤	٠,٠٣	٠,٠٤	٠,٠٢	٤٤	٠,٠٨	٠,٠٧	٠,٠٥	٠,٠٤	٠,٣١	٠,٠٣	٠,٠١
١٠	٠,٣٩	٠,٠٧	٠,٠٤	٠,٠٥	٠,٠٣	٠,٠٣	٠,٠٢	٤٥	٠,٠٩	٠,٠٥	٠,٠٤	٠,٠٤	٠,٣٠	٠,٠٣	٠,٠١
١١	٠,٠٩	٠,٣٨	٠,٠٥	٠,٠٤	٠,٠٣	٠,٠٣	٠,٠٢	٤٦	٠,٠٩	٠,٠٦	٠,٠٥	٠,٠٤	٠,٣٢	٠,٠٣	٠,٠٥
١٢	٠,٠٨	٠,٣٧	٠,٠٥	٠,٠٤	٠,٠٣	٠,٠٣	٠,٠١	٤٧	٠,٠٨	٠,٠٦	٠,٠٤	٠,٠٤	٠,٣٤	٠,٠٣	٠,٠١
١٣	٠,٠٧	٠,٣٣	٠,٠٤	٠,٠٥	٠,٠٣	٠,٠٣	٠,٠٢	٤٨	٠,٠٨	٠,٠٦	٠,٠٥	٠,٠٤	٠,٣٣	٠,٠٢	٠,٠١
١٤	٠,٠٩	٠,٣٦	٠,٠٥	٠,٠٤	٠,٠٣	٠,٠٣	٠,٠١	٤٩	٠,٠٩	٠,٠٧	٠,٠٥	٠,٠٥	٠,٣٧	٠,٠٢	٠,٠٢
١٥	٠,٠٨	٠,٣٩	٠,٠٥	٠,٠٥	٠,٠٣	٠,٠٢	٠,٠١	٥٠	٠,٠٨	٠,٠٦	٠,٠٤	٠,٠٤	٠,٠٣	٠,٣٨	٠,٠٢
١٦	٠,٠٩	٠,٤١	٠,٠٤	٠,٠٤	٠,٠٣	٠,٠٣	٠,٠٢	٥١	٠,٠٩	٠,٠٥	٠,٠٥	٠,٠٤	٠,٠٣	٠,٣٣	٠,٠١
١٧	٠,٠٧	٠,٣٨	٠,٠٥	٠,٠٥	٠,٠٣	٠,٠٣	٠,٠١	٥٢	٠,٠٨	٠,٠٦	٠,٠٤	٠,٠٥	٠,٠٣	٠,٣١	٠,٠١
١٨	٠,٠٩	٠,٣٦	٠,٠٤	٠,٠٤	٠,٠٣	٠,٠٢	٠,٠٢	٥٣	٠,٠٩	٠,٠٧	٠,٠٥	٠,٠٤	٠,٠٣	٠,٣٢	٠,٠٢
١٩	٠,٠٨	٠,٣٣	٠,٠٥	٠,٠٥	٠,٠٤	٠,٠٣	٠,٠١	٥٤	٠,٠٨	٠,٠٦	٠,٠٤	٠,٠٤	٠,٠٣	٠,٣٠	٠,٠١

٢٠	٠,٠٩	٠,٣٤	٠,٠٤	٠,٠٤	٠,٠٣	٠,٠٣	٠,٠١	٥٥	٠,٠٧	٠,٠٧	٠,٠٥	٠,٠٤	٠,٠٤	٠,٣٣	٠,٠١
٢١	٠,٠٧	٠,٣٢	٠,٠٥	٠,٠٥	٠,٠٤	٠,٠٢	٠,٠٢	٥٦	٠,٠٧	٠,٠٦	٠,٠٤	٠,٠٥	٠,٠٣	٠,٣٤	٠,٠١
٢٢	٠,٠٨	٠,٣٥	٠,٠٤	٠,٠٤	٠,٠٣	٠,٠٣	٠,٠١	٥٧	٠,٠٦	٠,٠٥	٠,٠٥	٠,٠٤	٠,٠٣	٠,٣٠	٠,٠١
٢٣	٠,٠٩	٠,٠٦	٠,٣٧	٠,٠٤	٠,٠٣	٠,٠٣	٠,٠١	٥٨	٠,٠٦	٠,٠٥	٠,٠٤	٠,٠٤	٠,٠٣	٠,٣٠	٠,٠١
٢٤	٠,٠٧	٠,٠٦	٠,٣٤	٠,٠٤	٠,٠٣	٠,٠٢	٠,٠٢	٥٩	٠,٠٦	٠,٠٦	٠,٠٥	٠,٠٥	٠,٠٤	٠,٠٢	٠,٣٣
٢٥	٠,٠٨	٠,٠٦	٠,٣٦	٠,٠٥	٠,٠٤	٠,٠٢	٠,٠١	٦٠	٠,٠٥	٠,٠٥	٠,٠٤	٠,٠٤	٠,٠٣	٠,٠٣	٠,٣١
٢٦	٠,٠٩	٠,٠٧	٠,٣١	٠,٠٤	٠,٠٤	٠,٠٢	٠,٠٢	٦١	٠,٠٥	٠,٠٦	٠,٠٥	٠,٠٤	٠,٠٣	٠,٠٢	٠,٣٣
٢٧	٠,٠٦	٠,٠٧	٠,٣٧	٠,٠٤	٠,٠٤	٠,٠٢	٠,٠١	٦٢	٠,٠٧	٠,٠٦	٠,٠٥	٠,٠٥	٠,٠٤	٠,٠٣	٠,٣٢
٢٨	٠,٠٥	٠,٠٧	٠,٣٢	٠,٥٠	٠,٠٣	٠,٠٢	٠,٠٢	٦٣	٠,٠٧	٠,٠٦	٠,٠٤	٠,٠٤	٠,٠٣	٠,٠٢	٠,٣١
٢٩	٠,٠٩	٠,٠٧	٠,٣٥	٠,٠٤	٠,٠٣	٠,٠٢	٠,٠١	٦٤	٠,٠٨	٠,٠٦	٠,٠٤	٠,٠٥	٠,٠٣	٠,٠٢	٠,٣٠
٣٠	٠,٠٨	٠,٠٦	٠,٣١	٠,٠٤	٠,٠٣	٠,٠٢	٠,٠١	٦٥	٠,٠٨	٠,٠٥	٠,٠٤	٠,٠٤	٠,٠٣	٠,٠٢	٠,٣٠
٣١	٠,٠٩	٠,٠٦	٠,٠٥	٠,٣٩	٠,٠٣	٠,٠٢	٠,٠٢	٦٦	٠,٠٩	٠,٠٥	٠,٠٤	٠,٠٥	٠,٠٤	٠,٠٢	٠,٣٠
٣٢	٠,٠٧	٠,٠٦	٠,٠٥	٠,٣١	٠,٠٤	٠,٠٢	٠,٠٢	٦٧	٠,٠٩	٠,٠٤	٠,٠٥	٠,٠٤	٠,٠٣	٠,٠٢	٠,٣١
٣٣	٠,٠٧	٠,٠٦	٠,٠٥	٠,٣٤	٠,٠٣	٠,٠٢	٠,٠١	٦٨	٠,٠٨	٠,٠٥	٠,٠٥	٠,٠٥	٠,٠٣	٠,٠٢	٠,٣٣
٣٤	٠,٠٨	٠,٠٧	٠,٠٥	٠,٣٠	٠,٠٤	٠,٠٢	٠,٠٢	٦٩	٠,٠٨	٠,٠٤	٠,٠٥	٠,٠٥	٠,٠٣	٠,٠٢	٠,٣٢
٣٥	٠,٠٨	٠,٠٦	٠,٠٤	٠,٣٢	٠,٠٣	٠,٠٢	٠,٠٢	٧٠	٠,٠٧	٠,٠٥	٠,٠٤	٠,٠٤	٠,٠٤	٠,٠٢	٠,٣٠
								الجذر الكامن	٢,١٤	١,٩	١,٨٣	١,٧١	١,٦٥	١,٥٤	١,٤٦

يتضح من جدول (٥) وجود سبعة عوامل يتراوح الجذر الكامن لكل منها، بين (١,١٦ ، ٢,١٤) وهى دالة إحصائياً حيث قيمة كل منها أكبر من الواحد الصحيح على محك كايزر وذلك بعد تدوير المحاور بطريقة فاريمكس .Varimax

كما يتضح من الجدول التشبعات الخاصة بكل عامل وهى تشبعات دالة إحصائياً حيث قيمة كل منها أكبر من (٠,٣٠) على محك جيلفورد وتوضح جداول (٦ ، ٧ ، ٨ ، ٩ ، ١٠ ، ١١ ، ١٢) التشبعات الخاصة بكل عامل.

جدول (٦)

التشبعات الخاصة بالعامل الأول (نقص الانتباه)

رقم العبارة	العبارة	التشبعات
١	يفشل فى انجاز المهام التى بدأها	٠,٤٦
٨	يجد صعوبة فى اتباع التعليمات و الارشادات و يظهر و كأنه لايسمع	٠,٤٢
١٥	يستمر فى ممارسة النشاط لمدة طويلة بدون تركيز	٠,٤٠
٢٢	ينسى اين وضع قلمه أو كتابه أو حقيبته	٠,٤٣
٢٩	يتجنب الانشطة التى تتطلب استمرار الانتباه	٠,٤٥
٣٦	يصعب عليه الانتقال من جزء معين من النشاط الى جزء اخر	٠,٤١
٤٣	يقل تركيزه بمجرد ظهور اى مثير جديد	٠,٤٤
٥٠	شارد الذهن و لايهتم بواجباته و أنشطته	٠,٤٢
٥٧	يهمل التفاصيل اثناء اداء نشاط او لعبة	٠,٤٣
٦٤	يجد صعوبة فى تذكر بعض الاحداث	٠,٣٩

يتضح من جدول (٦) أن جميع التشبعات دالة إحصائياً حيث بلغت قيمة كل منها أكبر من ٠,٣٠ على محك جيلفورد، وهذه العبارات تدور حول نقص الانتباه لدى طفل الروضة.

جدول (٧)

التشبعات الخاصة بالعامل الثاني (فرط الحركة)

رقم العبارة	العبارة	التشبعات
٢	يجد صعوبة فى ان يظل جالسا.	٠,٣٨
٩	يجرى فى كل مكان بدون هدف	٠,٣٧
١٦	يتسلق كل شئ بدون وعى	٠,٣٣
٢٣	يخبط بيديه و قدميه اثناء جلوسه على المقعد	٠,٣٦
٣٠	يسبب مشاكل كثيرة في الروضة والمنزل.	٠,٣٩
٣٧	يجد صعوبة فى ممارسة العابه بهدوء	٠,٤١
٤٤	يتحدث كثيرا بدون هدف	٠,٣٨
٥١	يفرط فى الخروج من الفصل لقضاء حاجاته	٠,٣٦
٥٨	يتحرك بشكل مفرط اثناء النوم	٠,٣٣
٦٥	يتصرف بحركة وتسرع كما لو كان يحركه موتور.	٠,٣٥

يتضح من جدول (٧) أن جميع التشبعات دالة إحصائياً قيمة كل منها أكبر من ٠,٣٠ على محك جيلفورد، وهذه العبارات تدور حول فرط النشاط لدى طفل الروضة.

جدول (٨)

التشبعات الخاصة بالعامل الثالث (الاندفاعية)

رقم العبارة	العبارة	التشبعات
٣	يندفع فى اداء نشاط دون تفكيرفى عواقبه	٠,٣٧
١٠	يقاطع الاخريين اثناء الحديث	٠,٣٤
١٧	يجيب على السؤال قبل اكماله	٠,٣٦
٢٤	يقحم نفسه فى أعمال خطرة دون تقدير لخطورتها	٠,٣١
٣١	عنيف مع زملائه و يقاطعهم اثناء اللعب	٠,٣٧
٣٨	ينتقل من نشاط لاخر دون اكماله	٠,٣٢
٤٥	يرفض انتظار دوره فى اللعب	٠,٣٥
٥٢	يندفع الى الشارع بتهور دون ادراك الخطر	٠,٣١
٥٩	يجد صعوبة فى تكوين صداقات و علاقات مستمرة	٠,٣٢
٦٦	يخل بالنظام اثناء انضباط زملائه	٠,٣٠

يتضح من حدول (٨) أن جميع التشبعات دالة إحصائياً حيث يبلغ قيمة كل منها أكبر من ٠,٣٠ على محك جيلفورد، وتدور العبارات حول الاندفاعية.

جدول (٩)

التشبعات الخاصة بالعامل الرابع

(الصعوبات الاكاديمية)

رقم العبارة	العبارة	التشبعات
٤	يصعب عليه التعرف على رقم معين فى مجموعة ارقام	٠,٣٩
١١	يجد صعوبة فى التحكم فى تلوين الاشياء	٠,٣١
١٨	يجد صعوبة فى التمييز بين الحروف	٠,٣٤
٢٥	يجد صعوبة فى كتابة الحروف و الارقام	٠,٣٠
٣٢	يصعب عليه التعرف على حرف معين فى مجموعة حروف	٠,٣٢
٣٩	لديه حصيلة لغوية ضعيفة	٠,٣٧
٤٦	يجد صعوبة فى التعرف على حروف الكلمة.	٠,٣١
٥٣	يجد صعوبة فى التمييز بين الارقام	٠,٣٣
٦٠	يجد صعوبة فى التمييز بين الأشكال الهندسية.	٠,٣٢
٦٧	يجد صعوبة فى التعرف على كلمة داخل جملة	٠,٣٢

يتضح من جدول (٩) أن جميع التشبعات دالة إحصائياً حيث بلغت قيمة كل منها أكبر من ٠,٣٠ وتدور حول الاستعداد الأكاديمى لطفل الروضة.

جدول (١٠)

التشبعات الخاصة بالعامل الخامس

(القلق)

رقم العبارة	العبارة	التشبعات
٥	يحمر وجهه عندما تسأله المعلمة	٠,٣٨
١٢	لا يثق فى نفسه	٠,٣٣
١٩	يشعر بالخوف و الفزع	٠,٣٤
٢٦	يعرق عندما يخطأ امام زملائه	٠,٣١
٣٣	نومه مضطرب و متقطع	٠,٣٠
٤٠	يثور لاتفه الاسباب	٠,٣٢
٤٧	يخاف يلعب مع زملائه تجنبا للخطأ	٠,٣٤
٥٤	يرتبك بسهولة عند مواجهة اى موقف	٠,٣٣
٦١	يبكى بسهولة	٠,٣٧
٦٨	يتوتر اثناء القيام بأى نشاط مع زملائه	٠,٣١

يتضح من جدول (١٠) أن جميع التشبعات دالة إحصائياً حيث بلغت قيمة كل منها أكبر من ٠,٣٠ وتدور حول العبارات حول القلق لدى طفل الروضة.

جدول (١١)

التشبعات الخاصة بالعامل السادس

(الاكتئاب)

رقم العبارة	العبارة	التشبعات
٦	يضع نفسه في ترتيب أقل من الآخرين.	٠,٣٨
١٣	يبدو حزينا	٠,٣٣
٢٠	يشعر بالاحباط بسهولة	٠,٣١
٢٧	يخشى التنافس مع الآخرين خوفا من الفشل	٠,٣٢
٣٤	يرفض ممارسة هواياته المعتادة	٠,٣٠
٤١	يرفض الذهاب للروضة	٠,٣٣
٤٨	يشكو من بعض الالام " المعدة – الصداع– الارهاق.. "	٠,٣٤
٥٥	يرفض تناول الطعام	٠,٣٠
٦٢	يصرخ أو يغضب بسهولة.	٠,٣٠
٦٩	يفضل العزلة و الوحدة	٠,٣١

يتضح من جدول (١١) أن جميع التشبعات دالة إحصائياً حيث بلغت قيمة كل منها أكبر من ٠,٣٠ وتدور حول الاكتئاب لدى طفل الروضة.

جدول (١٢)

التشبعات الخاصة بالعامل السابع

(العناد)

رقم العبارة	العبارة	التشبعات
٧	عنيد اللي عاوزه لازم ينفذه في الحال.	٠.٣٣
١٤	يرفض النصائح و يجرى بعيد	٠.٣١
٢١	يلوم الآخرين على أشياء فعلها ولا يتحمل المسئولية.	٠.٣٢
٢٨	يكذب بدلاً من أن يعترف بالحقيقة.	٠.٣١
٣٥	يغش في اللعب ليحقق الفوز.	٠.٣٠
٤٢	يمزق ممتلكاته الشخصية	٠.٣١
٤٩	يحطم ويخرب حاجات الآخرين.	٠.٣١
٥٦	يعارض أي سلطة (الأب، الأم، المعلمة....).	٠.٣٣
٦٣	لئيم و ملاوع فى تصرفاته	٠.٣٢
٧٠	لا يحاسب نفسه عندما يخطأ (لا يؤنب نفسه).	٠.٣٠

يتضح من جدول (١٢) أن جميع التشبعات دالة إحصائياً حيث يبلغ قيمة كل منها ٠,٣٠ فأكثر على محك جيلفورد، وتدور العبارات حول عناد الأطفال.

ثبات الاختبار:

قاما معدا الاختبار بإيجاد معاملات الثبات بطريقة إعادة التطبيق، وطريقة كرونباخ وذلك على عينة التقنين وقوامها ٣٠٠ طفلاً، وذلك كما يلى:

معامل الثبات ألفا بطريقة كرونباخ:

قاما معدا الاختبار بإيجاد معاملات الثبات لأبعاد اختبار اضطراب الانتباه وفرط الحركة كما يتضح فى جدول (١٣).

دول (١٣)

معامل الثبات ?بطريقة كرونباخ

الأبعاد	عدد المفردات	تباين الدرجات الكلية للأفراد ع٢ جـ	مجـ تباين درجات الأفراد على المفردات ع٢ جـ	معامل الثبات ألفا
١- نقص الانتباه	١٠	١١٣.٨	٢٦.١١	٠.٧٥
٢- فرط النشاط	١٠	١١٥.٤	٢٨.٢	٠.٧٣
٣- الاندفاعية	١٠	١٠١.٦	٢١.٦	٠.٧٦
٤- الصعوبات الاكاديمية	١٠	١١٧.٢	٢٧.١٣	٠.٧٥
٥- القلق	١٠	١١٤.٦	٢٢.٥	٠.٧٨
٦- الاكتئاب	١٠	١١٢.٨	٢٣.١	٠.٧٧
٧- العناد	١٠	١١٩.٢	٢٤.١	٠.٧٨
الدرجة الكلية لاضطراب الانتباه	٧٠	٧٩٤.٦	١٧٢.٧٤	٠.٧٨

يتضح من جدول (١٣) أن قيمة معاملات الثبات ?مرتفعة مما يدل على ثبات الاختبار.

إيجاد معاملات الثبات بطريقة إعادة التطبيق:

قاما معدا الاختبار بإيجاد معاملات الثبات بطريقة إعادة التطبيق بفاصل زمنى قدره أسبوعان كما يتضح فى جدول (١٤).

جدول (١٤)

معاملات الثبات لاختبار اضطراب الانتباه

وفرط الحركة بطريقة إعادة التطبيق

الأبعاد	معاملات الثبات
١- نقص الانتباه	٠,٩٤
٢- فرط النشاط	٠,٩١
٣- الاندفاعية	٠,٩٦
٤- الصعوبات الاكاديمية	٠,٩٢
٥- القلق	٠,٩٠
٦- الاكتئاب	٠.٩٣
٧- العناد	٠,٩٥
الدرجة الكلية لاضطراب الانتباه	٠,٩٣

يتضح من جدول (١٤) أن قيم معاملات الثبات مرتفعة مما يدل على ثبات أبعاد الاختبار والاختبار ككل.

(ج) المعايير :Norms

أ- المتوسطات والانحرافات المعيارية:

يوضح جدول (١٥) المتوسطات والانحرافات المعيارية لاختبار اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط لطفل الروضة فى المجموعات العمرية (٤-٥)، (٥-٦) ووفقاً للجنس (ذكور/ إناث) كما يتضح فى جدول (١٥).

جدول (١٥)

المتوسطات والانحرافات المعيارية لاختبار اضطراب الانتباه وفرط النشاط لأطفال الروضة

الأبعاد	٤-٥ سنوات					٥-٦ سنوات				
	ذكور		إناث		ت	ذكور		إناث		ت
	م١	ع١	م٢	ع٢		م١	ع١	م٢	ع٢	
١-نقص الانتباه	٢١,٦	٢,٤	٢٠,٣	٢,١	٥,٠	٢٢,٣	٢,٦	٢١,٤	٢,١	٣,٣٣
٢-فرط النشاط	٢٢,٧	٢,٦	١٩,٥	١,٩	١٢,٣	٢٥,٦	٢,٩	٢٠,٥	١,٨	١٨,٢
٣-الاندفاعية	١٨,٣	٢,١	١٦,٨	١,٦	٦,٨١	١٩,٤	٢,١	١٧,٥	١,٥	٩,٠٤
٤-الصعوبات الاكاديمية	٢٢,٧	٢,٣	٢١,٢	٢,٤	٥,٥	٢٣,٨	٢,٧	٢٢,١	٢,٧	٥,٤٨
٥-القلق	٢٠,٦	١,٩	١٨,٣	١,٩	١٠,٤٥	٢١,٧	٢,٣	١٩,١	١,٧	١١,٣
٦-الاكتئاب	١٧,٣	١,٨	١٦,٩	١,٥	٢,١	١٨,١	١,٨	١٧,٢	١,٤	٤,٧٣
٧-العناد	٤١,٦	٤,٦	٣٦,٢	٤,١	١٠,٨	٣٩,٣	٤,٣	٣٣,٦	٣,٨	١٢,١٢
الدرجة الكلية	١٦٤,٨	١٧,٧	١٣٠,٩	١٥,٥	١٧,٨٤	١٧٠,٢	١٨,٧	١٥١,٤	١٥	٩,٥٩

يتضح من جدول (١٥) المتوسطات والانحرافات المعيارية لأطفال الروضة بالمستويين الأول والثانى من الجنسين وكانت قيمة ت دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) لصالح الذكور فى المستويين الأول والثانى.

(ب) الدرجات المعيارية :Standard Score

قاما معدا الاختبار بحساب الدرجات المعيارية للدرجات الخام لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط لطفل الروضة بحسب الجنس والعمر الزمنى للفرد كما يتضح فى جدول (١٦) .

جدول (١٦)

الدرجات المعيارية لمقياس نقص الانتباه بحسب الجنس والعمر

الدرجة الخام	٤-٥		٥-٦		الدرجة الخام	٤-٥		٥-٦	
	ذكور	إناث	ذكور	إناث		ذكور	إناث	ذكور	إناث
١٠	٤,٨-	٤,٩-	٤,٧-	٥,٤-	٣١	٣,٨٠	٤,٤٠	٤,٨٠	٤,٤٠
١١	٤,٤١-	٤,١٠-	٤,٣٠-	٥,٠-	٣٢	٤,٢٠	٤,٨٠	٥,٢٠	٤,٨٠
١٢	٤,٠١-	٣,٧٠-	٣,٨٠-	٤,٦٠-	٣٣	٤,٦٠	٥,٢٠	٥,٦٠	٥,٢٠
١٣	٣,٦٠-	٣,٣٠-	٣,٤٠-	٤,٢٠-	٣٤	٥,٠	٥,٦٠	٦,٠	٥,٦٠
١٤	٣,٢٠-	٢,٩٠-	٣,٠-	٣,٨٠-	٣٥	٥,٤٠	٦,٠	٦,٤٠	٦,٠
١٥	٢,٨-	٢,٥٠-	٢,٦٠-	٣,٤٠-	٣٦	٥,٨٠	٦,٤٠	٦,٨٠	٦,٤٠
١٦	٢,٤٠-	٢,١٠-	٢,٢٠-	٣,٠-	٣٧	٦,٢٠	٦,٨٠	٧,٥	٦,٨٠
١٧	٢,٠-	١,٧٠-	١,٨٠-	٢,٦٠-	٣٨	٦,٦٠	٧,٢٠	٧,٦٠	٣,٠
١٨	١,٦٠-	١,٣٠-	١,٤٠-	٢,٢٠-	٣٩	٧,٠٠	٧,٦٠	٨,٠	٧,٤٠
١٩	١,٢٠-	٠,٩٠-	١,٠-	١,٨٠-	٤٠	٧,٤٠	٨,٢٠	٨,٤٠	٧,٨٠
٢٠	٠,٨٠-	٠,١٤-	٠,٦٠-	١,٤٠-	٤١	٧,٨٠	٨,٦٠	٨,٨٠	٨,٠
٢١	٠,٢٥-	٠,٣٣	٠,٢٠-	٠,٠٢-	٤٢	٨,٢٠	٩,٠٠	٩,٢٠	٨,٥٠
٢٢	٠,١٦	٠,٨	١,٢٦	٠,٢٩	٤٣	٨,٦٠	٩,٤٠	٩,٦٠	٩,٠
٢٣	٠,٥٨	١,٢٠	١,٦٦	٠,٧٠	٤٤	٩,٠	٩,٨٠	٩,٨٠	٩,٥٠
٢٤	٠,٩٨	١,٦٠	٢,٠	١,١٠	٤٥	٩,٤٠	١٠,٢٠	١٠,٠	١٠,٠
٢٥	١,٤٠	٢,٠	٢,٤٠	١,٥٠	٤٦	٩,٨٠	١٠,٦٠	١٠,٢٠	١٠,٥٠
٢٦	١,٨٠	٢,٤٠	٢,٨٠	٢,٠	٤٧	١٠,٢٠	١١,١٠	١٠,٤٠	١١,٠
٢٧	٢,٢٠	٢,٨٠	٣,٢٠	٢,٥٠	٤٨	١٠,٦٠	١١,٨٠	١٠,٤٥	١١,٥
٢٨	٢,٦	٣,٢	٣,٦	٣,٠	٤٩	١١,٠	١٢,٣٠	١٠,٥٠	١٢,٥
٢٩	٣,٠	٣,٦٠	٤,٠	٣,٥٠	٥٠	١١,٨	١٤,١	١٠,٦٥	١٣,٦
٣٠	٣,٤٠	٤,٠	٤,٤٠	٤,٠					

جدول (١٧)

الدرجات المعيارية لمقياس فرط الحركة بحسب الجنس والعمر

الدرجة الخام	٤-٥		٥-٦		الدرجة الخام	٤-٥		٥-٦	
	ذكور	إناث	ذكور	إناث		ذكور	إناث	ذكور	إناث
١٠	٤,١١-	٣,٩-	٤,٦-	٤,٧-	٢٧	٥,١٠	٧,١٠	٤,٦٠	١٠,٧٠
١١	٣,٧٠-	٣,٥٠-	٤,٢٠-	٤,٣-	٢٨	٥,٥٠	٧,٥٠	٥,٠	١١,٤٠
١٢	٣,٣٠-	٣,١٠-	٣,٨٠-	٣,٩٠-	٢٩	٥,٤٠	٧,٩٠	٥,٤٠	١٢,١٠
١٣	٢,٩٠-	٢,٧٠-	٣,٤٠-	٣,٥٠-	٣٠	٦,٣٠	٨,١٠	٦,٠	١٢,٨
١٤	٤,٤٠-	٢,٣٠-	٣,٠-	٣,١٠-	٣٩	٦,٧٠	٨,٥٠	٦,٤٠	١٣,٥٠
١٥	٢,٠-	٢,١٠-	٢,٦٠-	٢,٧٠-	٤٠	٧,١٠	٨,٩٠	٦,٨٠	١٤,٢٠
١٦	١,٦٠-	١,٩٠-	٢,٢٠-	٢,٣٠-	٤١	٧,٥٠	٩,٣٠	٧,٢٠	١٤,٩٠
١٧	١,٢٠-	٠,٢٦	١,٨٠-	٢,٠-	٤٢	٧,٩٠	٩,٧٠	٧,٦٠	١٥,٦٠
١٨	٠,٨٠-	٠,٧٠	١,٤٠-	١,٦٠-	٤٣	٨,١٠	١٠,٢٠	٨,٠	١٦,٣٠
١٩	٠,٤٠-	١,١٠	١,٠٠-	٠,٢٨	٤٤	٨,٥٠	١٠,٧٠	٨,٤٠	١٧,٥٠
٢٠	٠,٢٠-	١,٥٠	٠,٨٠-	٠,٧٠	٤٥	٨,٩٠	١١,٢٠	٨,٨٠	١٨,٢٠
٢١	٠,١٢	١,٩٠	٠,٤٠-	١,١	٤٦	٩,١٠	١١,٧٠	٩,٢٠	١٩,٠
٢٢	٠,٥٠	٢,١٠	٠,٣٠-	١,٧٠	٤٧	٩,٥٠	١٢,٥٠	٩,٦٠	١٩,٥٠
٢٣	٠,٩٠	٢,٥٠	٠,٢٠-	٢,٣٠	٤٨	٩,٩٠	١٣,٠	١٠,٠	٢٠,٠
٢٤	١,٣٤	٢,٩٠	٠,١٤	٣,٠	٤٩	١٠,١٠	١٣,٥٠	١٠,٢٠	٢٠,٢٠
٢٥	١,٧٠	٣,١٠	٠,٥٠	٣,٧٠	٥٠	١٣,٥٠	١٤,٠	١٠,٤٠	٢٠,٤٠
٢٦	٢,١٠	٣,٥٠	٠,٩٠	٤,٤٠					
٢٧	٢,٥٠	٣,٩٠	١,٣٠	٥,١٠					
٢٨	٢,٩٠	٤,٣٠	١,٧٠	٥,٨٠					
٢٩	٣,١٠	٤,٧٠	٢,١٠	٦,٥٠					
٣٠	٣,٥٠	٥,١٠	٢,٥٠	٧,٢٠					
٣١	٣,٩٠	٥,٥٠	٢,٩٠	٧,٩٠					
٣٢	٤,١٠	٥,٩٠	٣,٤٠	٨,٦٠					
٣٣	٤,٥٠	٦,٣٠	٣,٨٠	٩,٣٠					
٣٤	٤,٩٠	٦,٧٠	٤,٢٠	١٠,٠					

جدول (١٨)

الدرجات المعيارية لمقياس الاندفاعية بحسب الجنس والعمر الزمني

الدرجة الخام	٤-٥		٥-٦		الدرجة الخام	٤-٥		٥-٦	
	ذكور	إناث	ذكور	إناث		ذكور	إناث	ذكور	إناث
١٠	٤,٩-	٥,٥-	٥,٤-	٦,٣-	٣٢	٢,٦٠	٣,٦٠	٢,١٠	٣,٠
١١	٤,٥-	٥,١٠-	٥,١٠-	٥,٥٠-	٣٣	٣,٠	٤,٢٠	٢,٥٠	٣,٧٠
١٢	٤,٠-	٤,٠-	٤,٧-	٥,٠-	٣٤	٣,٤٠	٤,٨٠	٢,٩٠	٤,٣٠
١٣	٣,٧٠-	٤,٣-	٤,٠-	٤,٥٠-	٣٥	٣,٨٠	٥,٦٠	٣,١٠	٥,٠
١٤	٣,٣٠-	٣,٧-	٣,٣٠-	٤,٠-	٣٦	٤,٢٠	٦,٢٠	٣,٥٠	٥,٧٠
١٥	٢,٩-	٣,٣٠-	٢,٨٠-	٣,٥-	٣٧	٤,٦٠	٦,٨٠	٣,٩٠	٦,٣٠
١٦	٢,٥-	٢,٨-	٢,٢٠-	٢,٨٠-	٣٨	٥,٠	٧,٢٠	٤,١٠	٦,٧٠
١٧	٢,١-	٢,٤٠-	٢,٠-	٢,٤٠-	٣٩	٥,٤٠	٧,٨٠	٤,٥٠	٧,٤٠
١٨	١,٧٠-	١,٦٠-	١,٩٠-	٢,٠-	٤٠	٥,٨٠	٨,٠	٤,٩٠	٨,٠
١٩	١,٣٠-	٠,١٣	١,٣-	١,٥٠-	٤١	٦,٥٠	٨,٨٠	٥,١٠	٨,٥٠
٢٠	٠,٩٠-	٠,٦٠	٠,٩٠-	٠,٣٣	٤٢	٦,٩٠	٩,١٠	٥,٦٠	٩,٠
٢١	٠,٣٣	١,٠٠	٠,٥٠-	٠,٧٥	٤٣	٧,٥٠	٩,٧٠	٦,٤٠	٩,٦٠
٢٢	١,٠	١,٦٠	٠,٢٨	١,٢٠	٤٤	٨,٥٠	١٠,٥٠	٦,٨٠	١٠,٥٠
٢٣	١,٤٠	٢,٢٠	٠,٧٠	١,٨٠	٤٥	٩,٤٠	١١,١٠	٧,٦٠	١١,٨٠
٢٤	١,٨٠	٢,٨٠	١,٣٠	٢,٢٠	٤٦	٩,٨٠	١٢,٠	٨,٤٠	١٢,٦٠
٢٥	٢,٢٠	٣,٢٠	١,٧٠	٢,٦٠	٤٧	٩,٩٠	١٣,٦٠	٨,٦٠	١٣,٨
٢٦	٠,٩٠-	٠,٦٠	٠,٩٠-	٠,٣٣	٤٨	١٠,٣	١٤,٥	٩,٨	١٥,٠
٢٧	٠,٣٣	١,٠٠	٠,٥٠-	٠,٧٥	٤٩	٩,٩٠	١٣,٦٠	٨,٦٠	١٣,٨
٢٨	١,٠	١,٦٠	٠,٢٨	١,٢٠	٥٠	١٠,٣	١٤,٥	٩,٨	١٥,٠
٢٩	١,٤٠	٢,٢٠	٠,٧٠	١,٨٠					
٣٠	١,٨٠	٢,٨٠	١,٣٠	٢,٢٠					
٣١	٢,٢٠	٣,٢٠	١,٧٠	٢,٦٠					

جدول (١٩)

الدرجات المعيارية لمقياس الصعوبات الاكاديمية بحساب الجنس والعمر الزمني

الدرجة الخام	٤-٥		٥-٦		الدرجة الخام	٤-٥		٥-٦	
	ذكور	إناث	ذكور	إناث		ذكور	إناث	ذكور	إناث
١٠	٥,٥-	٤,٦-	٥,١٠-	٤,٤-	٣٠	٣,١٠	٣,٥٠	٢,٥٠	٣,١٠
١١	٥,١٠-	٤,٢-	٤,٧-	٤,٠-	٣١	٣,٥٠	٣,٩٠	٢,٩٠	٣,٥٠
١٢	٤,٧-	٣,٨٠-	٤,٣٠-	٣,٦٠-	٣٢	٣,٩٠	٤,٢٠	٣,١٠	٣,٩٠
١٣	٤,٣٠-	٣,٤٠-	٣,٧٠-	٣,٢٠-	٣٣	٤,١٠	٤,٦٠	٣,٥٠	٤,٣٠
١٤	٣,٧٠-	٣,٠-	٣,١٠-	٣,٨٠-	٣٤	٤,٥٠	٥,٠	٤,٠	٥,٠
١٥	٣,٣٠-	٢,٠-	٢,٨٠-	٢,٤٠	٣٥	٤,٩٠	٥,٤٠	٤,٤٠	٥,٤٠
١٦	٢,٨٠-	٢,٤٠-	٢,٤٠-	٢,٠٠-	٣٦	٥,١٠	٦,٠	٤,٨٠	٥,٨٠
١٧	٢,٦٠-	٢,٠-	٢,٠-	١,٨٠-	٣٧	٥,٥٠	٦,٤٠	٥,٢٠	٦,٢٠
١٨	٢,٢٠-	١,٦٠-	١,٧٠-	١,٤٠-	٣٨	٦,٠	٦,٨٠	٥,٦٠	٦,٦٠
١٩	١,٨٠-	١,٢٠-	١,٣٠-	١,٠-	٣٩	٦,٥٠	٧,٢٠	٦,٠	٧,٢٠
٢٠	١,٤٠-	٠,٨٠-	١,٠-	٠,٨٠-	٤٠	٧,٣٠	٧,٦٠	٦,٤٠	٧,٦٠
٢١	١,٠-	٠,٤٠-	٠,٧٠-	٠,٤٠-	٤١	٨,٥٠	٨,٠	٦,٨٠	٨,٢٠
٢٢	٠,٤٠-	٠,٣٣	٠,٤٠-	٠,٢٠-	٤٢	٨,٩٠	٨,٥٠	٧,٢٠	٨,٦٠
٢٣	٠,٣٠	١,١٠	٠,٣٠-	٠,٣٣	٤٣	٩,٣٠	٩,٠	٧,٦٠	٨,٨٠
٢٤	٠,٧٠	١,٥٠	٠,٠٧	٠,٧٠	٤٤	١٠,٤٠	٩,٤٠	٨,٠	٩,٢٠
٢٥	١,٣٠	١,٩٠	٠,٥٠	١,٣٠	٤٥	١٠,٨٠	١٠,٠	٨,٤٠	٩,٦٠
٢٦	١,٧٠	٢,١٠	٠,٩٠	١,٧٠	٤٦	١١,٠٠	١٠,٤٠	٨,٦٠	٩,٨٠
٢٧	٢,١٠	٢,٧٠	١,٣٠	٢,١٠	٤٧	١١,٣٠	١٠,٨٠	٨,٨٠	٩,٩٠
٢٨	٢,٥٠	٢,٩٠	١,٧٠	٢,٥٠	٤٨	١١,٥٠	١١,٢٠	٩,٠٠	١٠,١٠
٢٩	٢,٩٠	٣,١٠	٢,١٠	٢,٩٠	٤٩	١١,٦	١١,٤٠	٩,٢٠	١٠,٢٠
					٥٠	١١,٨٦	١٢,٠٠	٩,٧	١٠,٣

جدول (٢٠)

الدرجات المعيارية لمقياس القلق بحساب الجنس والعمر الزمني

الدرجة الخام	٤-٥		٥-٦		الدرجة الخام	٤-٥		٥-٦	
	ذكور	إناث	ذكور	إناث		ذكور	إناث	ذكور	إناث
١٠	٦,١-	٤,٨-	٥,٥-	٥,٩-	٣١	٣,٤٠	٥,٤٠	٢,٤٠	٤,٥٠
١١	٥,٧٠-	٤,٤٠	٥,٠-	٥,١٠-	٣٢	٤,٣٠	٥,٧٠	٣,٠	٤,٩٠
١٢	٥,٣٠-	٤,٠-	٤,٥-	٤,٧٠-	٣٣	٤,٧٠	٦,٣٠	٣,٦٠	٥,٥٠
١٣	٤,٦-	٣,٦٠-	٤,٠-	٤,٣٠-	٣٤	٥,٢٠	٧,٠	٣,٩٠	٦.٤٠
١٤	٤,٢٠-	٣,٢٠-	٣,٦٠-	٣,٧٠-	٣٥	٥,٩٠	٧,٣٠	٤,٥٠	٧,٠٠
١٥	٣,٧٠-	٢,٨٠-	٣,٠-	٣,٠-	٣٦	٦,٥٠	٨,٠	٤,٩٠	٧,٨٠
١٦	٣,٢٠-	٢,٤٠-	٢,٤٠-	٢,٨٠-	٣٧	٧,١٠	٨,٣٠	٥,٦٠	٨,٠
١٧	٢,٥٠-	٦٠.-	٢,٠٠-	٢,٤٠-	٣٨	٧,٥٠	٩,٠	٥,٩٠	٨,٤٠
١٨	٢,١٠-	١,٢٠-	١,٨٠-	٢,٠٠-	٣٩	٨,٢٠	٩,٥٠	٦,٥٠	٩,٠٠
١٩	١,٩٠-	٠,٨٠-	١,٦٠-	١,٥٠-	٤٠	٨,٩٠	١٠,٠٠	٦,٩٠	٩,٥٠
٢٠	١,٤٠-	٠,٣٦	٢٠.-	١,٠٠-	٤١	٩,٥٠	١٠,٥٠	٧,٥٠	١٠,٠٠
٢١	١,٠٠-	٠,٨٠	٠,٨٠-	٠,٥٣	٤٢	١٠,٣٠	١١,٠٠	٧,٩٠	١٠,٦٠
٢٢	٠,٢١	١,٦٠	٠,٤٠-	١,٠٠	٤٣	١٠,٧٠	١١,٥٠	٨,٤٠	١١,٥٠
٢٣	٠,٧٠	٢,٥٠	٠,١٣	١,٥٠	٤٤	١١,٣٠	١٢,٠٠	٨,٥٠	١٢,٣٠
٢٤	١,٢٠	٣,١٠	٠,٥٠	١,٩٠	٤٥	١١,٨٠	١٢,٤٠	٩,١٠	١٣,٢٠
٢٥	١,٧٠	٣,٩٠	٠,٩٥	٢,٣٠	٤٦	١٢,٠٠	١٢,٨٠	٩,٥٠	١٤,٢٠
٢٦	٢,٣٠	٤,٥٠	١,٥٠	٣,٠٠	٤٧	١٢,٢٠	١٣,٤٠	٩,٧٠	١٤,٨٠
٢٧	٢,٧٠	٤,٦٠	١,٩٠	٣,٨٠	٤٨	١٢,٤٠	١٣,٧٠	٩,٩٠	١٥,٢٠
٢٨	١,٧٠	٣,٩٠	٠,٩٥	٢,٣٠	٤٩	١٢,٨	١٤,٠٠	١٠,١	١٥,٢
٢٩	٢,٣٠	٤,٥٠	١,٥٠	٣,٠٠	٥٠	١٢,٨	١٤,٠٠	١٠,١	١٥,٢
٣٠	٢,٧٠	٤,٦٠	١,٩٠	٣,٨٠					

جدول (٢١)

الدرجات المعيارية لمقياس الاكتئاب بحسب الجنس والعمر الزمني

الدرجة الخام	٤-٥		٥-٦		الدرجة الخام	٤-٥		٥-٦	
	ذكور	إناث	ذكور	إناث		ذكور	إناث	ذكور	إناث
١٠	٤,٦-	٨,٦-	٥,٠٥-	٥,٨-	٣١	٦,٧٠	٧,١٥	٤,٥٠	٧,٥٠
١١	٤,٢٠-	٨,٢٠-	٤,٥-	٥,٠-	٣٢	٧,٢٠	٧,٨٥	٤,٧٠	٨,٢٠
١٢	٣,٨٠-	٧,١٠-	٤,٠-	٤,٢٠-	٣٣	٧,٥	٨,٦٠	٥,٥٠	٩,٠٠
١٣	٣,٤٠-	٦,٢٠-	٣,٦٠-	٣,٨٠-	٣٤	٨,٤٠	٩,٥٠	٦,٤٠	٩,٥٠
١٤	٣,٠-	٥,١٠-	٣,٠-	٣,٠-	٣٥	٩,٦٠	١٠,٤٠	٦,٨٠	٩,٩٠
١٥	٢,٨٠-	٤,٦٠-	٢,٢٠-	٢,٨٠-	٣٦	١٠,٥٠	١١,٦٠	٧,٥٠	١٠,٦٠
١٦	٢,٤٠-	٣,٢٠-	١,٨٠-	٢,٠-	٣٧	١١,٢٠	١٢,٤٠	٨,١٠	١١,٢٠
١٧	٢,٠٠-	٢,٨٠-	١,٤٠-	١,٦٠-	٣٨	١١,٤٠	١٣,٥٠	٨,٤٠	١١,٨٠
١٨	١,٤٠-	٠,٠٦	١,٠٠-	١,٢٠-	٣٩	١١,٨٠	١٤,٦٠	٩,٥٠	١٢,٣٠
١٩	٠,٣٨	١,٢٠	٠,٦٠-	٠,٧٠-	٤٠	١٢,٦٠	١٥,٧٠	٩,٩٠	١٢,٨٠
٢٠	٠,٨٠	٢,٤٠+	٠,٥٠+	٠,٥٧+	٤١	١٣,٤٠	١٦,٢٠	١٠,٣٠	١٣,٤٠
٢١	١,٥٠	٢,٨٠	١,٥٠	١,٥٠	٤٢	١٣,٨	١٦,٧٠	١٠,٧	١٣,٦٠
٢٢	٢,٢٥	٣,٥٠	١,٦٠	١,٩٠	٤٣	١٣,٩٠	١٧,١٠	١١,٣٠	١٤,٥٠
٢٣	٣,٠٠	٣,٩٠	١,٨٠	٢,٥٠	٤٤	١٤,٢٠	١٧,٤٠	١١,٦٠	١٥,٦٠
٢٤	٣,٦٠	٤,٦٠	٢,٥٠	٣,١٠	٤٥	١٤,٧٠	١٧,٨	١٢,٠٠	١٦,٧٠
٢٥	٤,٥٠	٥,٢٠	٢,٩٠	٣,٩٠	٤٦	١٤,٩٠	١٨,٢٠	١٢,٤٠	١٧,٨٠
٢٦	٥,٢٠	٥,٨٠	٣,٤٠	٤,٥٠	٤٧	١٥,١٠	١٨,٥	١٣,٥	١٨,٤٠
٢٧	٥,٨٠	٦,٢٠	٣,٧٠	٥,٥٠	٤٨	١٥,٣	١٨,٧	١٤,٩	١٤,٨
٢٨	٦,٣٠	٦,٨٠	٣,٩٠	٦,٨٠	٤٩	١٥,١٠	١٨,٥	١٣,٥	١٨,٤٠
٢٩	٥,٨٠	٦,٢٠	٣,٧٠	٥,٥٠	٥٠	١٥,٣	١٨,٧	١٤,٩	١٤,٨
٣٠	٦,٣٠	٦,٨٠	٣,٩٠	٦,٨٠					

جدول (٢٢)

الدرجات المعيارية لمقياس العناد بحساب الجنس والعمر الزمني

الدرجة الخام	٤-٥		٥-٦		الدرجة الخام	٤-٥		٥-٦	
	ذكور	إناث	ذكور	إناث		ذكور	إناث	ذكور	إناث
١٠	٤,٦-	٥,٩-	٦,٣-	٥,٦-	٣١	٠,٧	١,٠-	٠,٩-	١,٦٠
١١	٤,٢-	٥,١٠-	٦,٠-	٥,٤-	٣٢	٠,٦	٠,١٩	٠,٨-	٢,٠
١٢	٤,٠-	٥,٧٠-	٥,٥٠-	٥,٢٠-	٣٣	٠,٥	٠,٦٠	٠,٧-	٢,٥٠
١٣	٣,٨-	٥,٦-	٥,٠-	٥,٠-	٣٤	٠,٤	١,٠	٠,٦-	٣,٦٠
١٤	٣,٦-	٥,٤٠-	٤,٥٠-	٤,٨-	٣٥	٠,٣	١,٢٠	٠,١٦	٢,٨٠
١٥	٣,٢٠-	٥,٢٠-	٤,٠-	٤,٦٠-	٣٦	٠,٢	١,٤٠	٠,٦٠	٣,٤٠
١٦	٣,٠-	٥,٠-	٣,٥٠-	٤,٠-	٣٧	٠,٠٩	١,٦٠	٠,٧٠	٣,٦٠
١٧	٢,٨-	٤,٨-	٣,٢٠-	٣,٥-	٣٨	١,٢٠	١,٨٠	١,٢	٣,٧٠
١٨	٢,٦-	٤,٦-	٢,٨-	٣,٠-	٣٩	١,٤٠	٢,٠	١,٤٠	٤,٠
١٩	٢,٤-	٤,٢-	٢,٦-	٢,٥-	٤٠	١,٦٠	٢,٢٠	١,٦٠	٤,٢٠
٢٠	٢,٢٠-	٤,٠-	٢,٤٠-	٢,٠-	٤١	١,٨٠	٢,٤٠	١,٨٠	٤,٤٠
٢١	٢,٠-	٣,٨-	٢,٣٠-	١,٥٠-	٤٢	٢,٠	٢,٦٠	٢,١٠	٤,٦٠
٢٢	١,٩٠-	٣,٤-	٢,٢٠-	١,٢٠-	٤٣	٢,٢٠	٢,٨٠	٢,٤٠	٤,٨٠
٢٣	١,٨-	٣,٢٠-	٢,٨٠-	١,٠-	٤٤	٢,٤٠	٣,٠	٢,٦٠	٥,١٠
٢٤	١,٧-	٣-	٢,٠-	٠,٨-	٤٥	٢,٦٠	٣,٤٠	٢,٨٠	٥,٢٠
٢٥	١,٦-	٢,٤٠-	١,٩٠-	٠,٧-	٤٦	٢,٨٠	٣,٨٠	٣,١٠	٥,٣٠
٢٦	١,٥-	٢,٢٠-	١,٨٠-	٠,٦-	٤٧	٣,٠	٤,٢٠	٣,٤٠	٥,٤٠
٢٧	١,٤-	٢,٠-	١,٧٠-	٠,٥-	٤٨	٣,٢٠	٤,٤٠	٣,٦٠	٥,٨٠
٢٨	١,٣-	١,٩٠-	١,٦٠-	٠,٤-	٤٩	٣,٤٠	٤,٦٠	٣,٧	٦,٠
٢٩	١,٢-	١,٨٠-	١,٥٠-	٠,٣-	٥٠	٣,٦٠	٤,٨٠	٣,٨	٦,٣٠
٣٠	١,١-	١,٠-	١,٤-	٠,٢-					

الدرجات التائية:

قاما معدا الاختبار بإيجاد الدرجات التائية المقابلة للدرجات الخام كما يتضح فى جدول (٢٣) إلى جدول (٣٠) لأبعاد اختبار اضطراب الانتباه وفرط الحركة تبعاً للعمر الزمنى والجنس.

جدول (٢٣)

التائيات لمقياس نقص الانتباه حسب الجنس والعمر الزمني

الدرجة الخام	التائيات				الدرجة الخام	التائيات			
	٤-٥		٥-٦			٤-٥		٥-٦	
	ذكور	إناث	ذكور	إناث		ذكور	إناث	ذكور	إناث
١٠	٢	١	٣	٤	٣١	٧٩	٨٢	٨٦	١٠٦
١١	٦	٥	٧	٨	٣٢	٨٣	٨٦	٩٠	١١٠
١٢	١٠	٩	١٠	١٢	٣٣	٨٧	٩٠	٩٤	١١٨
١٣	١٤	١٣	١٤	٢٠	٣٤	٩١	٩٦	٩٨	١٢٢
١٤	٢٠	١٧	١٨	٢٥	٣٥	٩٥	١٠٠	١٠٤	١٣٠
١٥	٢٤	٢١	٢٢	٣٠	٣٦	٩٦	٠٦	١١٢	١٣٤
١٦	٢٨	٢٥	٢٦	٣٥	٣٧	١٠٠	١١٦	١١٦	١٤٠
١٧	٣٢	٢٩	٣٠	٤٠	٣٨	١٠٢	١٢٥	١٢٠	١٤٦
١٨	٣٦	٣٣	٣٤	٤٤	٣٩	١٠٤	١٣٠	١٢٤	١٥٢
١٩	٤٠	٣٧	٣٨	٤٨	٤٠	١٠٦	١٣٤	١٢٨	١٦٠
٢٠	٤٤	٤١	٤٢	٥٢	٤١	١٠٨	١٣٨	١٣٢	١٦٤
٢١	٤٦	٤٢	٤٦	٥٨	٤٢	١٠٩	١٤٢	١٣٦	١٧٠
٢٢	٥٠	٤٦	٥٠	٦٢	٤٣	١١٠	١٤٦	١٤٠	١٧٢
٢٣	٥٤	٥٠	٥٤	٧٠	٤٤	١١١	١٥٠	١٤٤	١٧٤
٢٤	٥٨	٥٤	٥٨	٧٤	٤٥	١١٢	١٦٠	١٤٦	١٧٦
٢٥	٦٠	٥٨	٦٢	٧٨	٤٦	١١٣	١٦٨	١٤٨	١٨٠
٢٦	٦٢	٦٢	٦٦	٨٢	٤٧	١١٤	١٧٤	١٥٠	١٨٢
٢٧	٦٣	٦٦	٧٠	٨٦	٤٨	١١٥	١٨٢	١٥٢	١٨٣
٢٨	٦٧	٧٠	٧٤	٩٠	٤٩	١١٦	١٨٦	١٥٤	١٨٤
٢٩	٧١	٧٤	٧٨	٩٤	٥٠	١١٨	١٩١	١٥٦	١٨٦
٣٠	٧٥	٧٨	٨٢	١٠٠					

جدول (٢٤)

التائيات لمقياس فرط الحركة حسب الجنس والعمر الزمني

الدرجة الخام	التائيات				الدرجة الخام	التائيات			
	٤-٥		٥-٦			٤-٥		٥-٦	
	ذكور	إناث	ذكور	إناث		ذكور	إناث	ذكور	إناث
١٠	٩	١١	٤	٣	٣١	١٢٤	١٦٦	١٣٧	١٦٤
١١	١٣	٢٠	١٠	١٣	٣٢	١٢٨	١٧٠	١٤٤	١٦٦
١٢	١٨	٣٠	١٥	٢٠	٣٣	١٣٢	١٧٤	١٤٤	١٧٠
١٣	٢٣	٤٢	٢٠	٢٧	٣٤	١٣٦	١٧٨	١٤٦	١٧٤
١٤	٢٥	٥٠	٢٤	٣٤	٣٥	١٤٠	١٨٠	١٤٨	١٧٨
١٥	٣٠	٥٢	٣٥	٤٠	٣٦	١٤٢	١٨٤	١٥٠	١٨٢
١٦	٣٥	٦٤	٤٠	٤٥	٣٧	١٤٤	١٨٨	١٥٢	١٩٠
١٧	٤٠	٦٨	٤٦	٥٠	٣٨	١٤٦	١٩٠	١٥٤	٢٠٠
١٨	٤٥	٧٤	٥٠	٥٦	٣٩	١٥٠	١٩٢	١٥٦	٢١٠
١٩	٥٠	٨٠	٥٨	٦٨	٤٠	١٥٢	١٩٤	١٥٧	٢١٤
٢٠	٥٥	٨٢	٦٢	٧٢	٤١	١٥٤	١٩٦	١٥٨	٢١٨
٢١	٦٠	٨٤	٦٦	٧٦	٤٢	١٥٦	١٩٨	١٥٩	٢٢٢
٢٢	٦٥	٨٦	٧٢	٨٠	٤٣	١٦٠	٢٠٠	١٦٠	٢٣٠
٢٣	٧٠	٩٠	٧٨	٨٥	٤٤	١٦٤	٢٠١	١٦١	٢٣٤
٢٤	٧٤	٩٢	٨٢	٩٠	٤٥	١٦٦	٢٠٢	١٦٢	٢٤٠
٢٥	٧٨	٩٤	٨٦	٩٦	٤٦	١٦٨	٢٠٣	١٦٣	٢٤٤
٢٦	٨٢	١٠٠	٩٠	١١٠	٤٧	١٧٠	٢٠٤	١٦٤	٢٥٠
٢٧	٨٦	١١٠	٩٤	١٢٠	٤٨	١٧٢	٢٠٦	١٦٥	٢٥٢
٢٨	٩٠	١٢٠	٩٨	١٢٥	٤٩	١٧٤	٢٠٧	١٦٦	٢٥٦
٢٩	٩٤	١٢٥	١١٠	١٣٠	٥٠	١٨٠	٢٠٨	١٦٧	٢٥٨
٣٠	٩٨	١٣٥	١١٥	١٤٦					

جدول (٢٥)

التائيات لمقياس الاندفاعية حسب الجنس والعمر الزمني

الدرجة الخام	التائيات				الدرجة الخام	التائيات			
	٤-٥		٥-٦			٤-٥		٥-٦	
	ذكور	إناث	ذكور	إناث		ذكور	إناث	ذكور	إناث
١٠	١	٥	٤	١٣	٣١	٨٨	١١٥	٨٤	١٤٠
١١	٩	١٠	١٥	٢٠	٣٢	٩٢	١٢٠	٨٨	١٤٥
١٢	١٣	١٦	٢٠	٢٨	٣٣	٩٨	١٢٨	٩٢	١٥٢
١٣	٢٠	٢٠	٢٥	٣٦	٣٤	١٠٢	١٣٧	٩٦	١٦٠
١٤	٢٥	٢٥	٢٩	٤٤	٣٥	١١٠	١٤٦	١٠٠	١٦٨
١٥	٣٠	٣٠	٣٥	٥٢	٣٦	١٢٠	١٥٠	١٠٥	١٧٩
١٦	٣٤	٣٥	٤٠	٦٠	٣٧	١٢٥	١٥٦	١١٠	١٨٠
١٧	٤٠	٤٠	٤٥	٦٨	٣٨	١٣٠	١٦٢	١١٥	١٨٢
١٨	٤٥	٤٤	٥٠	٧٦	٣٩	١٣٥	١٦٦	١٢٠	١٨٤
١٩	٥٠	٦٠	٥٥	٨٤	٤٠	١٤٠	١٧٠	١٢٢	١٨٦
٢٠	٥٩	٦٥	٦٠	٩٠	٤١	١٤٤	١٧٤	١٢٨	١٨٨
٢١	٦٤	٧٠	٦٤	٩٦	٤٢	١٤٦	١٧٨	١٣٢	١٩٠
٢٢	٧٠	٧٨	٦٨	١١٥	٤٣	١٤٨	١٨٢	١٣٦	١٩٢
٢٣	٧٤	٨٦	٧٢	١٢٠	٤٤	١٥٠	١٨٦	١٤٠	١٩٤
٢٤	٨٠	٩٥	٧٦	١٢٥	٤٥	١٥١	١٨٨	١٤٢	١٩٦
٢٥	٨٤	١١٠	٨٠	١٣٦	٤٦	١٥٢	١٩٠	١٤٤	١٩٨
٢٦	٨٤	١١٠	٨٠	١٣٦	٤٧	١٥٣	١٩٥	١٤٨	٢٠٠
٢٧	٨٤	١١٠	٨٠	١٣٦	٤٨	١٥٣	١٩٥	١٤٨	٢٠٠
٢٨	٨٤	١١٠	٨٠	١٣٦	٤٩	١٥٣	١٩٥	١٤٨	٢٠٠
٢٩	٨٤	١١٠	٨٠	١٣٦	٥٠	١٥٣	١٩٥	١٤٨	٢٠٠
٣٠	٨٤	١١٠	٨٠	١٣٦					

جدول (٢٦)

التائيات لمقياس الصعوبات الاكاديمية حسب الجنس والعمر الزمني

الدرجة الخام	التائيات				الدرجة الخام	التائيات			
	٤-٥		٥-٦			٤-٥		٥-٦	
	ذكور	إناث	ذكور	إناث		ذكور	إناث	ذكور	إناث
١٠	٥	٤	١	٦	٣٠	١١٠	٨٦	١٠٠	٩٤
١١	١٠	١٢	٩	١٠	٣١	١١٢	٩٠	١١٠	١٠٠
١٢	١٥	١٦	١٥	١٥	٣٢	١١٨	٩٤	١١٦	١١٠
١٣	١٧	٢٠	٢٠	٢٠	٣٣	١٢٠	٩٨	١٢٠	١١٤
١٤	٢٥	٢٤	٢٥	٢٤	٣٤	١٢٤	١٠٥	١٢٤	١٢٠
١٥	٣٠	٢٨	٣٠	٢٨	٣٥	١٣٠	١١٠	١٢٦	١٢٤
١٦	٣٥	٣٢	٣٥	٣٢	٣٦	١٣٢	١٢٠	١٢٨	١٢٨
١٧	٤٠	٣٦	٤٠	٣٦	٣٧	١٣٤	١٢٥	١٣٨	١٣٢
١٨	٤٥	٤٠	٤٤	٤٠	٣٨	١٣٦	١٣٠	١٣٢	١٣٤
١٩	٥٥	٤٤	٤٨	٤٤	٣٩	١٣٨	١٣٥	١٣٤	١٣٦
٢٠	٦٠	٤٨	٥٢	٥٠	٤٠	١٤٠	١٤٠	١٣٦	١٣٨
٢١	٦٤	٥٢	٥٦	٥٨	٤١	١٤٢	١٤٦	١٣٧	١٣٩
٢٢	٧٠	٥٦	٦٠	٦٠	٤٢	١٤٤	١٤٨	١٣٨	١٤٠
٢٣	٧٦	٦٠	٦٤	٦٤	٤٣	١٤٦	١٥٢	١٣٩	١٤٢
٢٤	٨٠	٦٤	٧٠	٧٠	٤٤	١٥٠	١٥٦	١٤٠	١٤٣
٢٥	٨٦	٦٨	٧٤	٧٤	٤٥	١٥٢	١٥٨	١٤١	١٤٤
٢٦	٩٢	٧٢	٨٠	٧٨	٤٦	١٥٤	١٦٠	١٤٢	١٤٦
٢٧	٩٨	٧٦	٨٤	٨٢	٤٧	١٥٦	١٦٢	١٤٣	١٤٧
٢٨	١٠٢	٨٠	٩٠	٨٦	٤٨	١٥٨	١٦٤	١٤٤	١٤٨
٢٩	١٠٦	٨٤	٩٤	٩٠	٤٩	١٦٠	١٦٨	١٤٥	١٥٠
					٥٠	١٦٨	١٧٠	١٤٧	١٥٣

جدول (٢٧)

التائيات لمقياس القلق حسب الجنس والعمر الزمني

الدرجة الخام	التائيات ٤-٥ ذكور	التائيات ٤-٥ إناث	التائيات ٥-٦ ذكور	التائيات ٥-٦ إناث	الدرجة الخام	التائيات ٤-٥ ذكور	التائيات ٤-٥ إناث	التائيات ٥-٦ ذكور	التائيات ٥-٦ إناث
١٠	١١	٢	٥	٩	٣١	١٢٥	١٣٤	١١٩	١٤٨
١١	١٦	١٠	١٠	٢٠	٣٢	١٣٥	١٤٠	١٢٣	١٥٠
١٢	٢٥	١٨	١٥	٢٩	٣٣	١٤٠	١٤٤	١٣٠	١٥٦
١٣	٣٠	٢٤	٢٠	٣٨	٣٤	١٤٦	١٥٠	١٣٤	١٦٢
١٤	٣٤	٣٢	٢٥	٤٩	٣٥	١٥٠	١٥٤	١٣٦	١٧٠
١٥	٣٨	٤٠	٣٣	٥٥	٣٦	١٥٦	١٦٠	١٣٨	١٧٦
١٦	٤٢	٤٨	٤٠	٦١	٣٧	١٥٨	١٦٤	١٤٠	١٨٠
١٧	٥٠	٥٦	٤٧	٧٠	٣٨	١٦٠	١٧٠	١٤١	١٨٢
١٨	٥٨	٦٤	٥٥	٧٨	٣٩	١٦٢	١٧٤	١٤٢	١٨٦
١٩	٦٢	٧٠	٦١	٨٢	٤٠	١٦٤	١٧٨	١٤٣	١٨٨
٢٠	٧٠	٧٨	٦٩	٨٦	٤١	١٦٦	١٨٠	١٤٤	١٩٠
٢١	٧٨	٨٢	٧٤	٩٢	٤٢	١٦٨	١٨٢	١٤٥	١٩٢
٢٢	٨٢	٩٠	٨٠	٩٨	٤٣	١٧٠	١٨٣	١٤٦	١٩٤
٢٣	٩٠	٩٨	٨٦	١١٥	٤٤	١٧٢	١٨٤	١٤٧	١٩٦
٢٤	١٠٠	١١٠	٩٢	١٢١	٤٥	١٧٤	١٨٥	١٤٨	١٩٨
٢٥	١٠٦	١١٤	١٠٠	١٣٠	٤٦	١٧٥	١٨٦	١٤٩	١٩٩
٢٦	١١٠	١٢٠	١١٠	١٣٦	٤٧	١٧٦	١٨٧	١٥٠	٢٠٠
٢٧	١٢٠	١٢٦	١١٥	١٤٠	٤٨	١٧٧	١٨٨	١٥١	٢٠١
٢٨	١٢٠	١٢٦	١١٥	١٤٠	٤٩	١٧٨	١٩٠	١٥٢	٢٠٢
٢٩	١٢٠	١٢٦	١١٥	١٤٠	٥٠	١٧٨	١٩٠	١٥٢	٢٠٢
٣٠	١٢٠	١٢٦	١١٥	١٤٠					

جدول (٢٨)

التائيات لمقياس الاكتئاب حسب الجنس والعمر الزمني

الدرجة الخام	التائيات				الدرجة الخام	التائيات			
	٤-٥		٥-٦			٤-٥		٥-٦	
	ذكور	إناث	ذكور	إناث		ذكور	إناث	ذكور	إناث
١٠	٤	٣٦	٤٥	٨	٣١	١٣٠	٩٤	١٦٤	١٤٥
١١	١٢	٤٠	٦٠	٢٠	٣٢	١٤٠	٩٦	١٦٦	١٥٠
١٢	٢٠	٤٤	٦٥	٢٥	٣٣	١٥٠	٩٨	١٦٨	١٦٠
١٣	٢٤	٤٨	٧٠	٣٠	٣٤	١٥٨	١٠٠	١٧٠	١٦٥
١٤	٣٠	٥٢	٧٥	٣٦	٣٥	١٧٠	١٠٢	١٧٢	١٧٠
١٥	٣٨	٥٦	٨٠	٤٢	٣٦	١٧٥	١٠٤	١٧٤	١٨٠
١٦	٤٢	٦٠	٨٦	٥٠	٣٧	١٧٧	١١٠	١٧٦	١٩٠
١٧	٥٠	٦٤	٩٠	٥٤	٣٨	١٨٠	١١٦	١٧٧	١٩٥
١٨	٥٤	٧٠	٩٥	٦٢	٣٩	١٨٢	١٢٠	١٧٨	٢١٥
١٩	٦٢	٧٦	١١٠	٧٠	٤٠	١٨٦	١٢٥	١٧٩	٢٢٠
٢٠	٧٠	٨٠	١١٥	٧٨	٤١	١٩٠	١٣٠	١٨٠	٢٢٥
٢١	٧٨	٨٢	١٢٦	٨٢	٤٢	١٩١	١٣٥	١٨٢	٢٢٩
٢٢	٨٢	٨٤	١٣٠	٩٠	٤٣	١٩٢	١٤٠	١٨٤	٢٣٣
٢٣	٨٦	٨٦	١٤٦	١٠٠	٤٤	١٩٣	١٤٤	١٨٦	٢٣٧
٢٤	٩٠	٨٠	١٥٢	١١٠	٤٥	١٩٤	١٥٢	١٨٨	٢٣٩
٢٥	٩٨	٨٤	١٥٨	١٢٠	٤٦	١٩٥	١٥٨	١٩٠	٢٤٢
٢٦	١١٥	٩٠	١٦٠	١٢٥	٤٧	١٩٦	١٦٠	١٩٢	٢٤٤
٢٧	١٢٦	٩٢	١٦٢	١٣٥	٤٨	١٩٨	١٦٢	١٩٤	٢٤٦
٢٨	١٢٦	٩٢	١٦٢	١٣٥	٤٩	٢٠٣	١٦٥	١٩٩	٢٤٨
٢٩	١٢٦	٩٢	١٦٢	١٣٥	٥٠	٢٠٣	١٦٥	١٩٩	٢٤٨
٣٠	١٢٦	٩٢	١٦٢	١٣٥					

جدول (٢٩)

التائيات لمقياس العناد حسب الجنس والعمر الزمني

الدرجة الخام	التائيات				الدرجة الخام	التائيات			
	٤-٥		٥-٦			٤-٥		٥-٦	
	ذكور	إناث	ذكور	إناث		ذكور	إناث	ذكور	إناث
١٠	٤	٩	١٣	٦	٣١	٦٢	٦٠	٦١	٧٨
١١	١٠	١٣	١٥	١٠	٣٢	٦٣	٦١	٦٣	٨٠
١٢	١٤	١٧	١٧	١٥	٣٣	٦٤	٦٢	٦٥	٨٢
١٣	١٨	٢١	١٩	٢٥	٣٤	٦٥	٦٤	٦٧	٨٣
١٤	٢٢	٢٥	٢١	٣٠	٣٥	٦٦	٦٦	٦٩	٨٤
١٥	٢٦	٢٩	٢٣	٣٤	٣٦	٦٧	٦٨	٧١	٨٥
١٦	٣٠	٣٣	٢٥	٣٨	٣٧	٦٨	٧٠	٧٣	٨٦
١٧	٣٤	٣٧	٢٧	٤٢	٣٨	٦٩	٧٢	٧٥	٨٧
١٨	٣٨	٤١	٢٩	٤٤	٣٩	٧٠	٧٤	٧٧	٨٨
١٩	٤٢	٤٥	٣١	٤٦	٤٠	٧١	٧٦	٧٩	٨٩
٢٠	٤٤	٤٦	٣٣	٤٨	٤١	٧٢	٧٨	٨١	٩٠
٢١	٤٦	٤٧	٣٥	٥٠	٤٢	٧٣	٨٠	٨٢	٩٢
٢٢	٤٨	٤٨	٣٧	٥٢	٤٣	٧٤	٨٢	٨٣	٩٣
٢٣	٥٠	٤٩	٣٩	٥٤	٤٤	٧٥	٨٤	٨٤	٩٤
٢٤	٥٢	٥٠	٤١	٥٦	٤٥	٧٦	٨٦	٨٥	٩٥
٢٥	٥٣	٥١	٤٣	٥٨	٤٦	٧٧	٨٨	٨٦	٩٦
٢٦	٥٤	٥٢	٤٥	٦٠	٤٧	٧٨	٩٠	٨٨	٩٨
٢٧	٥٥	٥٣	٤٧	٦٢	٤٨	٧٩	٩٢	٩٠	١٠٠
٢٨	٥٦	٥٤	٤٩	٦٤	٤٩	٨٠	٩٣	٩١	١٠٢
٢٩	٥٧	٥٥	٥١	٦٦	٥٠	٨٢	٩٤	٩٢	١٠٤
٣٠	٥٨	٥٦	٥٣	٦٨					

المئينات:

قاما معدا الاختبار بإيجاد المئينات المقابلة للدرجات الخام كما يتضح فى جدول (٣١) وحتى جدول (٣٧) لكل بعد من أبعاد اختبار اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة طبقاً للجنس والعمر الزمنى.

جدول (٣٠)

المئينات لمقياس نقص الانتباه حسب الجنس والعمر الزمني

الدرجة الخام	المئينات				الدرجة الخام	المئينات			
	٤-٥		٥-٦			٤-٥		٥-٦	
	ذكور	إناث	ذكور	إناث		ذكور	إناث	ذكور	إناث
١٠	١	١	٣	٢	٣٠	٥١	٤٩	٥٦	٥٥
١١	٣	٢	٥	٤	٣١	٥٢	٥٢	٥٧	٥٦
١٢	٤	٣	٨	٧	٣٢	٥٥	٥٣	٥٩	٥٨
١٣	٦	٥	٩	٨	٣٣	٥٧	٥٦	٦٢	٦١
١٤	٨	٧	١٠	٩	٣٤	٦٢	٦٠	٦٣	٦٢
١٥	١٠	٩	١٢	١١	٣٥	٦٣	٦١	٦٤	٦٣
١٦	١٥	١٤	١٤	١٣	٣٦	٦٤	٦٢	٦٦	٦٥
١٧	١٧	١٦	١٦	١٥	٣٧	٦٥	٦٤	٦٨	٦٧
١٨	٢١	٢٠	١٧	١٦	٣٨	٦٧	٦٦	٧٠	٦٩
١٩	٢٣	٢١	٢٢	٢١	٣٩	٦٩	٦٨	٧٢	٧١
٢٠	٢٥	٢٤	٢٤	٢٣	٤٠	٧١	٧٠	٧٣	٧٢
٢١	٢٧	٢٦	٢٦	٢٥	٤١	٧٣	٧٢	٧٤	٧٣
٢٢	٣٠	٢٩	٣٠	٢٩	٤٢	٧٥	٧٤	٧٦	٧٥
٢٣	٣٣	٣٢	٣٥	٣٤	٤٣	٧٩	٧٨	٧٨	٧٧
٢٤	٤٠	٣٩	٤٠	٣٩	٤٤	٨٢	٨١	٧٩	٧٨
٢٥	٤٢	٤١	٤٥	٤٤	٤٥	٨٣	٨٢	٨٠	٧٩
٢٦	٤٤	٤٣	٤٦	٤٥	٤٦	٨٤	٨٣	٨٢	٨١
٢٧	٤٥	٤٤	٥٠	٤٩	٤٧	٨٦	٨٨	٨٤	٨٣
٢٨	٤٧	٤٦	٥٣	٥٢	٤٨	٩٠	٨٩	٨٦	٨٥
٢٩	٤٩	٤٨	٥٤	٥٣	٤٩	٩٧	٩٥	٩٣	٩٢
					٥٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠

جدول (٣١)

المئينات لمقياس فرط الحركة حسب الجنس والعمر الزمني

الدرجة الخام	المئينات				الدرجة الخام	المئينات			
	٤-٥		٥-٦			٤-٥		٥-٦	
	ذكور	إناث	ذكور	إناث		ذكور	إناث	ذكور	إناث
١٠	٧	٦	٩	٨	٣١	٥١	٥٠	٥٣	٥٢
١١	٩	٨	١٠	٩	٣٢	٥٣	٥٢	٥٥	٥٤
١٢	١٢	١١	١٣	١٣	٣٣	٥٥	٥٤	٥٨	٥٧
١٣	١٤	١٣	١٥	١٤	٣٤	٥٨	٥٧	٦١	٦٠
١٤	١٥	١٤	١٧	١٦	٣٥	٦١	٦٠	٦٣	٦٢
١٥	١٦	١٥	١٨	١٧	٣٦	٦٢	٦٢	٦٥	٦٤
١٦	١٨	١٧	٢٠	١٩	٣٧	٦٥	٦٤	٦٦	٦٥
١٧	١٩	١٨	٢١	٢٠	٣٨	٦٧	٦٦	٦٨	٦٧
١٨	٢١	٢٠	٣٢	٣١	٣٩	٦٩	٦٨	٧٠	٦٩
١٩	٢٣	٢٢	٢٤	٢٣	٤٠	٧١	٧٠	٧٢	٧١
٢٠	٢٥	٢٤	٢٦	٢٥	٤١	٧٣	٧٢	٧٤	٧٣
٢١	٢٧	٢٦	٢٨	٢٧	٤٢	٧٥	٧٤	٧٦	٧٥
٢٢	٢٩	٢٨	٣١	٣٠	٤٣	٧٧	٧٦	٧٨	٧٧
٢٣	٣١	٣٠	٣٢	٣١	٤٤	٧٩	٧٨	٨٠	٧٩
٢٤	٣٢	٣١	٣٤	٣٣	٤٥	٨١	٨٠	٨٢	٨١
٢٥	٣٣	٣٢	٣٦	٣٥	٤٦	٨٣	٨٢	٨٤	٨٢
٢٦	٣٥	٣٤	٣٧	٣٦	٤٧	٨٤	٨٣	٨٥	٨٤
٢٧	٣٧	٣٦	٣٩	٣٨	٤٨	٨٦	٨٥	٨٧	٨٦
٢٨	٣٩	٣٨	٤١	٤٠	٤٩	٨٩	٨٨	٩٠	٨٩
٢٩	٤١	٤٠	٤٣	٤٢	٥٠	٩٠	٨٩	٩١	٩٠
٣٠	٤٣	٤٢	٤٥	٤٤					

جدول (٣٢)

المئينات لمقياس الصعوبات الاكاديمية حسب الجنس والعمر الزمني

الدرجة الخام	المئينات				الدرجة الخام	المئينات			
	٤-٥		٥-٦			٤-٥		٥-٦	
	ذكور	إناث	ذكور	إناث		ذكور	إناث	ذكور	إناث
١٠	٨	٦	٩	٨	٣١	٤٩	٤٨	٥٠	٤٨
١١	١٠	٩	١١	١٠	٣٢	٥٠	٤٩	٥١	٥٠
١٢	١٦	١٥	١٧	١٥	٣٣	٥٣	٥٢	٥٤	٥٣
١٣	٢٠	١٩	٢١	١٩	٣٤	٥٧	٥٩	٥٨	٥٧
١٤	٢٣	٢٢	٢٤	٢٣	٣٥	٦٠	٥٩	٦١	٦٠
١٥	٢٥	٢٤	٢٦	٢٥	٣٦	٦٤	٦٣	٦٥	٦٤
١٦	٢٧	٢٦	٢٨	٢٧	٣٧	٦٦	٦٥	٦٧	٦٥
١٧	٢٩	٢٨	٣٠	٢٩	٣٨	٧٠	٦٩	٧١	٦٩
١٨	٣١	٣٠	٣٢	٣٠	٣٩	٧٣	٧٢	٧٤	٧٢
١٩	٣٥	٣٤	٣٦	٣٣	٤٠	٧٨	٧٧	٧٩	٧٧
٢٠	٣٧	٣٦	٣٨	٣٧	٤١	٨٠	٧٩	٨١	٨٠
٢١	٣٩	٣٨	٤٠	٣٦	٤٢	٨٥	٨٤	٨٦	٨٤
٢٢	٤١	٤٠	٤٠	٣٨	٤٣	٨٦	٨٥	٨٧	٨٦
٢٣	٤٣	٤٢	٤٤	٤٢	٤٤	٩٠	٨٩	٩١	٩٠
٢٤	٤٥	٤٤	٤٦	٤٤	٤٥	٩٣	٩٢	٩٤	٩٢
٢٥	٤٧	٤٦	٤٨	٤٧	٤٦	٩٤	٩٣	٩٥	٩٤
٢٦	٤٧	٤٦	٤٨	٤٧	٤٧	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
٢٧	٤٧	٤٦	٤٨	٤٧	٤٨	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
٢٨	٤٧	٤٦	٤٨	٤٧	٤٩	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
٢٩	٤٧	٤٦	٤٨	٤٧	٥٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
٣٠	٤٧	٤٦	٤٨	٤٧					

جدول (٣٣)

المئينات لمقياس الصعوبات الاكاديمية حسب الجنس والعمر الزمني

الدرجة الخام	المئينات				الدرجة الخام	المئينات			
	٤-٥		٥-٦			٤-٥		٥-٦	
	ذكور	إناث	ذكور	إناث		ذكور	إناث	ذكور	إناث
١٠	٩	٨	١١	٦	٣٠	٥٣	٥٢	٥٦	٤٦
١١	١٢	١١	١٤	١٠	٣١	٥٤	٥٣	٥٨	٤٧
١٢	١٣	١٢	١٥	١٢	٣٢	٥٦	٥٥	٦٠	٤٩
١٣	١٤	١٣	١٧	١٣	٣٣	٥٨	٥٧	٦٣	٥٢
١٤	١٦	١٥	١٩	١٤	٣٤	٦٠	٥٩	٦٤	٥٣
١٥	١٨	١٧	١٩	١٧	٣٥	٦٢	٦١	٦٥	٥٤
١٦	٢٠	١٩	٢٣	١٩	٣٦	٦٤	٦٢	٦٦	٥٥
١٧	٢٣	٢٢	٢٦	٢١	٣٧	٦٦	٦٥	٦٨	٥٦
١٨	٢٤	٢٣	٢٨	٢٣	٣٨	٦٩	٦٨	٧١	٥٧
١٩	٢٨	٢٧	٣٠	٢٥	٣٩	٧٠	٦٩	٧٢	٦٠
٢٠	٢٩	٢٨	٣٣	٢٦	٤٠	٧٣	٧١	٧٤	٦٢
٢١	٣٣	٣٢	٣٦	٢٨	٤١	٧٤	٧٢	٧٥	٦٦
٢٢	٣٥	٣٤	٣٧	٢٩	٤٢	٧٦	٧٥	٧٧	٧٠
٢٣	٣٧	٣٦	٣٩	٣٣	٤٣	٧٨	٧٦	٧٩	٧٤
٢٤	٣٩	٣٨	٤١	٣٨	٤٤	٨١	٨٠	٨٣	٧٨
٢٥	٤١	٤٠	٤٣	٣٩	٤٥	٨٥	٨٣	٨٦	٨٢
٢٦	٤٣	٤٢	٤٦	٤١	٤٦	٨٩	٨٨	٩١	٨٦
٢٧	٤٦	٤٥	٤٨	٤٢	٤٧	٩٤	٩٢	٩٥	٩٠
٢٨	٤٨	٤٧	٥٠	٤٤	٤٨	٩٥	٩٣	٩٦	٩٤
٢٩	٥٠	٤٩	٥٣	٤٥	٤٩	٩٦	٩٧	٩٧	٩٨
					٥٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠

جدول (٣٤)

المئينات لمقياس القلق حسب الجنس والعمر الزمني

الدرجة الخام	المئينات				الدرجة الخام	المئينات			
	٤-٥		٥-٦			٤-٥		٥-٦	
	ذكور	إناث	ذكور	إناث		ذكور	إناث	ذكور	إناث
١٠	٨	٧	١١	٩	٣١	٤٨	٤٦	٦٣	٦٢
١١	١٠	٩	١٣	١٢	٣٢	٤٩	٤٧	٦٦	٦٥
١٢	١٢	١١	١٥	١٤	٣٣	٥٠	٤٩	٦٩	٦٨
١٣	١٥	١٤	١٧	١٦	٣٤	٥١	٥٠	٧٠	٦٩
١٤	١٧	١٦	١٩	١٨	٣٥	٥٢	٤٩	٧٢	٧١
١٥	١٩	١٨	٢٢	٢١	٣٦	٥٣	٥١	٧٣	٧٢
١٦	٢١	١٩	٢٦	٢٥	٣٧	٥٥	٥٣	٧٤	٧٣
١٧	٢٣	٢٢	٢٨	٢٧	٣٨	٥٦	٥٢	٧٥	٧٣
١٨	٢٥	٢٣	٣٠	٢٩	٣٩	٥٨	٥٦	٧٦	٧٥
١٩	٢٧	٢٥	٣٤	٣٣	٤٠	٦٢	٦٠	٧٧	٧٦
٢٠	٣٠	٢٩	٣٦	٣٥	٤١	٦٦	٦٥	٨١	٧٩
٢١	٣٣	٣١	٣٨	٣٧	٤٢	٧٠	٦٩	٨٢	٨١
٢٢	٣٦	٣٥	٤٣	٤٢	٤٣	٧٤	٧١	٨٤	٨٣
٢٣	٣٩	٣٨	٥٠	٤٩	٤٤	٧٨	٧٤	٨٦	٨٥
٢٤	٤٠	٣٩	٥٦	٥٥	٤٥	٨٥	٧٦	٨٨	٨٧
٢٥	٤٣	٤١	٥٧	٥٦	٤٦	٨٧	٨٠	٨٩	٨٨
٢٦	٤٥	٤٤	٥٨	٥٧	٤٧	٩٢	٨٧	٩١	٩٠
٢٧	٤٧	٤٥	٦١	٦٠	٤٨	٩٤	٩٥	٩٣	٩٢
٢٨	٤٧	٤٥	٦١	٦٠	٤٩	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
٢٩	٤٧	٤٥	٦١	٦٠	٥٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
٣٠	٤٧	٤٥	٦١	٦٠					

جدول (٣٥)

المئينات لمقياس الاكتئاب حسب الجنس والعمر الزمني

الدرجة الخام	المئينات				الدرجة الخام	المئينات			
	٤-٥		٥-٦			٤-٥		٥-٦	
	ذكور	إناث	ذكور	إناث		ذكور	إناث	ذكور	إناث
١٠	١١	١٠	١٤	١٣	٣١	٤٧	٤٦	٦٠	٥٩
١١	١٣	١٢	١٦	١٥	٣٢	٤٩	٤٨	٦٣	٦٢
١٢	١٥	١٤	١٨	١٧	٣٣	٥٠	٤٩	٦٦	٦٥
١٣	١٧	١٦	٢٠	١٩	٣٤	٥٣	٥٢	٦٩	٦٨
١٤	٢١	٢٠	٢٢	٢١	٣٥	٥٤	٥٣	٧٢	٧١
١٥	٢٣	٢٢	٢٦	٢٥	٣٦	٥٦	٥٥	٧٥	٧٤
١٦	٢٥	٢٤	٢٩	٢٨	٣٧	٥٨	٥٧	٧٧	٧٦
١٧	٢٧	٢٦	٣٣	٣٢	٣٨	٦١	٦٠	٨١	٨٠
١٨	٢٩	٢٨	٣٧	٣٦	٣٩	٦٣	٦٢	٨٤	٨٣
١٩	٣١	٣٠	٤١	٤٠	٤٠	٦٤	٦٣	٨٦	٨٥
٢٠	٣٣	٣٢	٤٤	٤٣	٤١	٦٦	٦٥	٩٠	٨٩
٢١	٣٥	٣٤	٤٦	٤٥	٤٢	٧٠	٦٩	٩٢	٩١
٢٢	٣٦	٣٥	٥٠	٤٩	٤٣	٧٨	٧١	٩٤	٩٣
٢٣	٣٧	٣٦	٥٢	٥١	٤٤	٧٤	٧٣	٩٥	٩٤
٢٤	٣٨	٣٧	٥٣	٥٢	٤٥	٧٨	٧٧	٩٦	٩٥
٢٥	٤١	٤٠	٥٤	٥٣	٤٦	٨٤	٨٣	٩٧	٩٦
٢٦	٤٣	٤٢	٥٦	٥٥	٤٧	٩١	٩٠	٩٨	٩٧
٢٧	٤٥	٤٤	٥٨	٥٧	٤٨	٩٥	٩٤	٩٩	٩٨
٢٨	٤٥	٤٤	٥٨	٥٧	٤٩	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
٢٩	٤٥	٤٤	٥٨	٥٧	٥٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
٣٠	٤٥	٤٤	٥٨	٥٧					

جدول (٣٦)

المئينات لمقياس الاكتئاب حسب الجنس والعمر الزمني

الدرجة الخام	المئينات ٤-٥		المئينات ٥-٦		الدرجة الخام	المئينات ٤-٥		المئينات ٥-٦	
	ذكور	إناث	ذكور	إناث		ذكور	إناث	ذكور	إناث
١٠	١٧	١٥	١٦	١٣	٣١	٧٧	٧٦	٦٨	٥٤
١١	٢١	٢٠	١٧	١٥	٣٢	٧٨	٧٧	٦٩	٥٦
١٢	٢٥	٢٤	١٨	١٧	٣٣	٧٩	٧٨	٧٠	٥٨
١٣	٢٩	٢٨	١٩	١٩	٣٤	٨٠	٧٩	٧١	٦٠
١٤	٣٣	٣٢	٢٢	٢١	٣٥	٨١	٨٠	٧٢	٦٢
١٥	٣٧	٣٦	٢٣	٢٣	٣٦	٨٢	٨١	٧٣	٦٤
١٦	٤١	٤٠	٢٤	٢٥	٣٧	٨٣	٨٢	٧٥	٦٦
١٧	٤٥	٤٤	٢٦	٢٧	٣٨	٨٤	٨٣	٧٧	٦٨
١٨	٤٧	٤٦	٢٧	٢٩	٣٩	٨٥	٨٤	٧٩	٧٠
١٩	٤٩	٤٨	٢٨	٣٠	٤٠	٨٦	٨٥	٨١	٧٢
٢٠	٥١	٥٠	٣٠	٣١	٤١	٨٧	٨٦	٨٣	٧٤
٢١	٥٣	٥٢	٣٤	٣٢	٤٢	٨٨	٨٧	٨٥	٧٦
٢٢	٥٥	٥٤	٣٦	٣٤	٤٣	٨٩	٨٨	٨٧	٧٨
٢٣	٥٧	٥٦	٤٠	٣٥	٤٤	٩٠	٨٩	٨٩	٨٠
٢٤	٥٩	٥٨	٤٤	٣٦	٤٥	٩١	٩٠	٩٠	٨٢
٢٥	٦١	٦٠	٤٨	٣٧	٤٦	٩٢	٩١	٩١	٨٤
٢٦	٦٢	٦١	٥٢	٣٨	٤٧	٩٣	٩٢	٩٢	٨٦
٢٧	٦٣	٦٢	٥٤	٤٠	٤٨	٩٤	٩٣	٩٣	٨٨
٢٨	٦٥	٦٤	٥٦	٤٢	٤٩	٩٥	٩٤	٩٤	٩٠
٢٩	٦٧	٦٦	٥٨	٤٤	٥٠	٩٦	٩٥	٩٥	٩٢
٣٠	٦٩	٦٨	٦٠	٤٦					

المراجع:

1 - American Psychiatric Association (2000). Attention-deficit and disruptive behavior disorders. In Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed., text rev., pp. 85-103. Washington, DC: American Psychiatric Association.

2- Brue AW, Oakland TD (2002). Alternative treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder: Does evidence support their use? Alternative Therapies, 8(1): 68-74.

3- Dulcan MKr Martini DR (2003). Attention deficit/hyperactivity disorder section of Axis 1 disorders usually first diagnosed in infancy, childhood, or adolescence: Attention-deficit and disruptive behavior disorders. Concise Guide to Child and Adolescent Psychiatry, 3rd ed., pp. 24-41. Washington, DC: American Psychiatric Press.

4- Greenhihll, et al. (1999). Stimulant medications. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38(5): 503-512.

5- Hechtman L (2005). Attention-deficit/hyperactivity disorder section of Attention-deficit disorders. In BJ Sadock, VA Sadock, eds.. Kaolan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8th ed., vol. 2, pp. 3183-3198. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

6- Lamberg L (2003). ADHD often undiagnosed in adults: Appropriate treatment may benefit work, family, social life. JAMA, 290(12): 1565-1567.

7- McGough JJ (2005). Adult manifestations of attention-deficit/hyperactivity disorder section of Attention-deficit disorders. In BJ Sadock, VA Sadock, eds., Kaplan and Sadock's Comprehensive Text-

book of Psychiatry. 8th ed., vol. 2, pp. 3198-3204. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

8- MTA Cooperative Group (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. Archives of General Psychiatry, 56:1073-1086.

9- MTA Cooperative Group (1999). Moderators and mediators of treatment response for children with attention-deficit/hyperactivity disorder. Archives of General Psychiatry, 56: 1088-1096.

10- MTA Cooperative Group (2004). National Institute of Mental Health Multimodal Treatment Study of ADHD follow-up: Changes in effectiveness and growth after the end of treatment. Pediatrics, 113(4): 762-769.

11- National Institute of Mental Health (2003). Attention Deficit Disorder. NIH Publication No. 03-3572. Available online: http://www.nimh.nih.gov/publicat/adhd.cfm.

12- Pritchard D (2005). Attention deficit hyperactivity disorder in children. Clinical Evidence (13): 266-279.

13- Rappley, MD (2005). Clinical practice: Attention deficit-hyperactivity disorder. New England Journal of Medicine. 352(2): 165-173.

14- Robin AL (1999). Attention-deficit/hyperactivity disorder in adolescents: Common pediatric concerns. Pediatric Clinics of North America, 46(5): 1027-1038.

15- Rockville, M.D.(1998): Diagnosis and Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). NIH Consensus Statement, vol. 16, no. 2 (1998 November 16-18).

16- Schweitzer JB ,et at. (2001). Attention-deficit/hyperactivity disorder. Medical Clinics of North America, 85(3): 757-777.

17- Weiss M, Murray C (2003). Assessment and management of attention-deficit hyperactivity disorder in adults. Canadian Medical Association Journal, 168(6): 715-722.

18- Wilens TE, et al. (2003). Does stimulant therapy of attention-deficit/hyperactivity disorder beget later substance abuse: A meta-analytic review of the literature. Pediatrics, 111(1): 179-185.

19- Wilens TE, et al. (2004). Attention-deficit/hyperactivity disorder in Wolraich ML, et al. (1995). The effect of sugar on behavior or cognition in children. A meta-analysis. JAMA, 274: 1617-1621.

20- Zarnetkin AJ, Ernst M (1999). Problems in the management of attention-deficit hyperactivity disorder. New England Journal of Medicine, 340(1): 40-46